قائمة تشخيص أعراض
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

دكتور

مجدى محمد الدسوقى

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية النوعية - جامعة المنوفية

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

165 ش محمد فريد ــــ القاهرة

بـــسم ﷲ
الـــرحمن
الـــرحيم

فهرس الموضوعات

الموضــــــوع	الصفحة
– مقدمة	7
– تعريف الاضطراب..	17
– معدلات الانتشار	22
– مسار الاضطراب	25
– أعراض الاضطراب	29
– خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب	35
– الخصائص السلوكية	35
– الخصائص الانفعالية	37
– الخصائص المعرفية	38
– الخصائص الاجتماعية	39
– الخصائص التعليمية	40
– تصنيف الاضطراب	42
– الوصف التشخيصى للاضطراب	43
– تشخيص الاضطراب	47
– التشخيص الرسمى أو المعتمد للاضطراب	48
– الحالة المرضية المشتركة	53
– نقاط الضعف المصاحبة للاضطراب	58
– أسباب الاضطراب	61

الموضـــــوع	الصفحة

– الأسباب البيولوجية 61
– الأسباب النفسية 67
– الأسباب البيئية 68
– الأسباب الكيميائية 70
– الأسباب الثقافية والاجتماعية 72
– التنشئة الاجتماعية 73
– النظريات التى تفسر أسباب الاضطراب 74
– النظريات الجينية 74
– نظرية التفكك 78
– نظرية المخ الأيسر / المخ الأيمن 78
– وصف القائمة 79
– تعليمات التطبيق 81
– طريقة التصحيح 82
– صدق القائمة 82
– ثبات القائمة.. 85
– المراجع 87
– كراسة الأسئلة 103
– ملحق (1) 110

مقدمة :

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) هو المصطلح الحالى الذى تستخدمه الجمعية الأمريكية للطب النفسى (American Psychiatric Association APA) لوصف الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يظهرون أنماطاً سلوكية تتمثل فى نقص الانتباه Inattention ، والاندفاعية Impulsivity ، والنشاط الزائد Hyperactivity ، وعلى الرغم من أنه قد تم التعرف منذ وقت طويل على هذا الاضطراب بواسطة المهنيين العاملين فى مجال الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين إلا أن عامة الناس لم يعرفوا شيئاً عن هذا الاضطراب إلا فى الآونة الأخيرة ، ومن العوامل التى ساهمت بلا شك فى زيادة الوعى الاهتمام المتزايد الذى حظى به هذا الاضطراب من خلال وسائل الإعلام ، فخلال الخمسة أعوام الماضية – على وجه الخصوص – كان هناك سيلاً من التقارير المحلية والإقليمية والقومية عن هذا الاضطراب ظهرت بدرجة ملحوظة فى عناوين مقالات الجرائد ، والمجلات ، وكموضوعات للمناقشة فى العديد من البرامج الإذاعية والتلفزيونية مما ساعد على زيادة الوعى بالاضطراب ، وبسبب هذا الوعى أصبح هناك متطلبات جديدة على الممارسين للرد على الأسئلة التى تدور حول الاضطراب بدرجة أكبر مما كانت فى الماضى .

ويشار غالباً إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أنه فرط للنشاط ، ويتميز بصعوبات تعوق السلوك الموجه لأداء المهمة عند الأطفال ، ومن هذه الصعوبات الاندفاعية ، والنشاط الزائد ، والصعوبات الخاصة باستمرار الانتباه ، وتشيع الأعراض المرضية للا ضطراب إلى حد كبير بين الأطفال الذين يترددون على مراكز الإرشاد والتوجيه النفسى ، وكذلك

الأفراد الذين يُحولون إلى عيادات الصحة العقلية ، والأطفال الذين يعانون من الاضطراب يتصرفون بطريقة مغالية فى النشاط ، وباندفاعية أو كلاهما ، ويظهر هذا الاضطراب غالباً قبل دخول الطفل المدرسة ، فالطفل الذى يعانى منه يكون نشيطاً بدرجة كبيرة جداً (أو بدرجة لا يمكن تصديقها) فنجده يهز سريره لدرجة تكاد أن تكسره ، كما يتواجد فى أماكن ممنوعة فنجده مثلاً يرقد تحت حوض المطبخ أو يفتش فى أجزخانة الدواء أو يحاول الصعود فوق دولاب غرفة النوم أى أنه يتحرك بسرعة هنا وهناك ، وعند دخوله المدرسة لا يستطيع أن ينتبه أو يهتم لأى مهام يكلف بها ، ولا يتبع التعليمات ويتحدث دائماً مع من يجلس بجواره فى الفصل أو يتجول فى الفصل بدون إذن من المدرس ، وعندما يجلس ويركز المعلم نظره عليه ليتأكد من أنه يعمل يجده يأتى بحركات عصبية أو ينقر بقلمه على المكتب أو ينظر خارج النافذة أو يمر بأحلام يقظة ، وهذا الطفل لا تستمر صداقاته طويلاً ؛ لذلك يكون له عدد قليل جداً من الأصدقاء الذين تستمر صداقاتهم لفترة طويلة ، وتبدو له القواعد المدرسية على أنها تحديات مستحيلة .

ولو رجعت عزيزى القارىء بذاكرتك إلى أيام المدرسة الابتدائية ، وحاولت أن تتذكر زملائك فى الفصل الذين كان ينظر إليهم المعلمون أو يعتبرونهم مصدر إزعاج مستمر ، فإنك تجد أنهم كانوا قلقين جداً وغير مرتاحين ولا يستطيعون الجلوس فى مقاعدهم ، وكانوا دائماً يدخلون فى مشاجرات ويسببون المتاعب ، كما أنهم كانوا استفزازيين لدرجة أن أولياء أمورهم ورفاقهم يتجاوبون معهم دائماً بالغضب وبنفاذ الصبر والعقاب أو تجنبهم وتحاشيهم .

وهذا الاضطراب أحد الاضطرابات الخطيرة فى ميدان الصحة النفسية

والأطفال المصابون به يعانون من نقص الانتباه ، ومصاعب التحكم فى الاندفاع ، وضبط مستوى النشاط وكل ذلك يؤدى إلى إعاقة خطيرة للأداء الوظيفى فى حياتهم اليومية متمثلاً فى أدائهم فى الفصول الدراسية ، وعلاقاتهم بالرفاق أو الأقران ، وعلاقاتهم الأسرية ، علاوة على ذلك فإن هؤلاء الأطفال يكونون عرضة للخطر من جراء مجموعة متسقة من المشكلات كمراهقين أو راشدين فيما بعد .

ويرى زكريا الشربينى (1994) أن هذا الاضطراب يتصف بنقص مدى الانتباه والاندفاعية ، وفرط النشاط لدى الطفل ؛ حيث يكون الطفل دائم النشاط والحركة تقريباً لدرجة تجعله موضوع شكوى فى الروضة أو المدرسة أو المنزل .

بينما يرى عبد الرقيب البحيرى وعفاف عجلان (1997) أن مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعنى وجود مجموعة من الأعراض لدى الطفل تتمثل فى قصر فترة الانتباه ، والتسرع (الاندفاعية) والتململ الحركى ، وتعتبر هذه الزملة من الأعراض جزءاً من أنماط سلوكية فى نظام اجتماعى مثل البيئة المدرسية أو المنزلية .

ويرى جوميز وكوندون Gomez & Condon (1999) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعنى ما يبديه الطفل من سلوك غير مناسب للمرحلة العمرية التى يمر بها من نشاط زائد ، ونقص انتباه ، واندفاعية .

ويتضمن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدم الانتباه ، والنشاط المفرط ، والاندفاعية وكل مكون من هذه المكونات الثلاثة يتم تعريفه

على ضوء معايير سلوكية متعددة ، فعدم القدرة على الانتباه تظهر فى الانتباه الردئ (الاهتمام بالدوافع المُشتتة وتجاهل الدوافع المتعلقة بالموضوع) ، وعدم القدرة على الانتباه المستمر إلى جانب السلوكيات التى تتمثل فى الإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية ، والأطفال غير المنتبهين يفقدون ممتلكاتهم فى أغلب الأوقات ، ويكونون مشتتى الذهن ، ولا يستطيعون اتباع التعليمات ، ولديهم صعوبة فى تنظيم أو أداء المهام ؛ لذلك فإن هؤلاء الأطفال يشرد ذهنهم بسهولة ويتجنبون أداء المهام التى تتطلب الانتباه لمدى زمنى طويل ، والمكون الخاص بالاندفاعية والنشاط الزائد ينقسم إلى أنواع فرعية لفرط النشاط ، والاندفاع ، ويتسم فرط النشاط بالتململ ، والحركات العصبية ، والتجول بطريقة غير ملائمة ، وصعوبة اللعب بهدوء ، والقلق ، وعدم الراحة ، والتحدث بطريقة زائدة عن الحد بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون غير قادرين على خمد نشاطهم فى المواقف التى تتطلب منهم عمل ذلك فهم يتحركون بدرجة زائدة عن الحد الطبيعى ولا يجلسون ساكنين ، ولا يمكنهم اللعب بهدوء فهم دائماً فى حالة حركة وغالباً ما يتململون ويصدرون حركات عصبية بأيديهم وأقدامهم ، وتتمثل الاندفاعية فى قلة التحكم أو السيطرة فى المواقف التى تتطلب الانتباه الجيد .

ويميل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى الاستجابة لأول فكرة تدخل عقلهم أو تطرأ على بالهم ؛ لذلك فهم يتسرعون فى الإجابة على الأسئلة ولا يستطيعون انتظار دورهم ، ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ، ولا يفكرون فى نتائج سلوكهم ، ويصعب عليهم تأجيل إشباع حاجاتهم ، وهذه السمات المميزة للاضطراب لا تظهر بالضرورة فى نفس الوقت وبنفس الدرجة ، وغالباً يتم تشخيص الأطفال على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب

بالنشاط الزائد إذا توافر عدم الانتباه ، والاندفاعية ، وزيادة النشاط معاً ، والتعرف على هؤلاء الأطفال يتم فى مرحلة مبكرة من حياتهم فقبل سن دخول المدرسة نجد أن هؤلاء الأطفال يصعب التعامل معهم وهذا هو رأى والديهم وأقاربهم وأصدقائهم .

ووفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل مع اضطراب التواصل (Conduct Disorder (CD واضطراب التحدى والمعارضة (Oppositional Defiant Disorder (ODD ، ومن ثم فهناك مشكلة رئيسية تتمثل فى صعوبة التمييز بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب التواصل ؛ حيث تتراوح نسبة التداخل بينهما ما بين 30 % : 90 % ، ويؤكد بعض الباحثين على أن هذين الاضطرابين شئ واحد ، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أنهما اضطرابان منفصلان ، وقد استقر الرأى على الإبقاء على هذين الاضطرابين منفصلين مع شدة ترابطهما (هينشو Hinshaw ، 1994) ، وقد تكرر هذا الأمر مع اضطراب التحدى والمعارضة حيث اختلف الباحثون حول مدى اختلاف اضطراب التحدى والمعارضة عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فيرى البعض أن التمييز بينهما زائف ، بينما يرى الآخرون أنهما مختلفان من حيث الأسباب والأعراض وطرق العلاج ، كما أن هذا الاضطراب له فئة منفصلة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ، والاضطرابات الثلاثة تضمهم فئة واحدة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية هى فئة اضطرابات السلوك غير السوى (المفكك Disruptive Behavior Disorder) .

وتتمثل محكات تشخيص اضطراب التحدى والمعارضة Oppositional Defiant Disorder (ODD) وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام 1994 فى :

أ- نمط من السلوك السلبى والعدائى والمتحدى يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل يظهر خلالها الفرد أربعة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية :

1- كثيراً ما يفقد أعصابه .
2- كثيراً ما يجادل الكبار .
3- كثيراً ما يتحدى أو يرفض الانصياع لأوامر الكبار أو للأصول المتعارف عليها .
4- كثيراً ما يتعمد مضايقة الآخرين .
5- كثيراً ما يلقى على الآخرين بتبعة أخطائه وسوء تصرفاته .
6- غالباً سهل الاستثارة والضيق بالآخرين .
7- غالباً غاضب متبرم .
8- غالباً حقود محب للانتقام .

ملاحظة : لا يعتبر أى معيار من المعايير المذكورة مستوفى إلا إذا كان السلوك أكثر تواتراً مما هو معتاد لدى الأفراد الآخرين فى مثل عمره الزمنى ونفس مستوى النمو .

ب- يؤدى هذا الاضطراب السلوكى إلى عجز ذى دلالة كلينيكية فى الوظيفة الاجتماعية أو الدراسية أو المهنية .

ج- أن لا تحدث هذه السلوكيات على وجه الحصر أثناء المسار المرضى لاضطراب ذهانى أو لاضطراب الحالة المزاجية .

د- أن لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب السلوك ، وإذا كان الفرد

فى الثامنة عشرة من العمر أو أكبر لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (جادو وسبرافكين Gadow & Sprafkin ، 1997) .

ويرتبط اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) بدرجة كبيرة باضطراب التحدى والمعارضة (ODD) ؛ حيث يكون الطفل عدوانياً وسلبياً ويجادل بصفة مستديمة ويتحدى الوالدين وأولى الأمر الآخرين ، وعندما يكون الطفل الذى يعانى من الاضطراب معارضاً إلى حد كبير جداً فربما ينطبق عليه فى هذه الحالة المعايير التشخيصية لاضطراب التحدى والمعارضة ويحتاج إلى علاج كل من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحدى أو المعارضة .

ويرى باركلى Barkley (2003) أن حوالى 35 % من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التحدى والمعارضة يظهرون مشكلات سلوكية أكثر حدة أو شراسة ويسمى الاضطراب فى هذه الحالة اضطراب التواصل Conduct Disorder (CD) وتتضمن هذه المشكلات السلوكية التزويغ من المدرسة ، والقسوة البدنية على الحيوانات والناس ، والأنشطة الإجرامية ، كما يرى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع اضطراب التحدى والمعارضة يدخلون فى متاعب جمة فى المدرسة وفى المجتمع ، ولكنهم لا يحملون نفس النسبة من الخطورة المتمثلة فى استمرار النتائج الرديئة على المدى الطويل وحتى مرحلة الرشد كما هو الحال مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب التواصل .

والأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدى والمعارضة يظهرون مستوى غير ملائم من السلوك الجدلى والعدائى لأولى الأمر أو من بيدهم السلطة ؛ حيث لا يمتثلون لطلبات وأوامر الكبار ، ولا يظهرون أى قدر من التفاهم ، فإذا طلب منهم عمل شىء ما فإنهم يجادلون ولا يقومون بعمل ما يطلب منهم ، كما أنهم عدوانيون ويغضبون بسرعة ، وتنتابهم نوبات مزاجية حادة ، وفى بعض الأحيان نجد أن هؤلاء الأطفال يتعمدون مضايقة الآخرين بالرد عليهم بأسلوب يتنافى مع الذوق أو يردون بعبارات وألفاظ عدوانية ، وكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التحدى والمعارضة ينشأ لديهم بعد ذلك اضطراب المسلك أو التواصل ، وتتراوح نسبة انتشار هذا الاضطراب من 2 % : 16 % (جادو وسبرافكين Gadow & Sprafkin ، 1997) .

ويرى أنجيللو وآخرون .Angello et al (2003) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراب طبى نفسى يتم تشخيصه بطريقة أكثر شيوعاً فى مرحلة الطفولة ، وطبقاً ل لدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام 1994 يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض المرضية تتميز بمصاعب مستمرة فى ثلاث نواحٍ هى :

- مدى الانتباه .
- التحكم فى الاندفاعية .
- النشاط الزائد أو فرط النشاط .

وهذا الاضطراب من الاضطرابات المزمنة التى تبدأ فى سن مبكر بداية من مرحلة الرضاعة أو بداية العمر ويمتد حتى نهاية مرحلة الرشد ، ولهذا الاضطراب تأثيرات سلبية على حياة الطفل فى البيت والمدرسة .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون اندفاعيين ، وكثيرى النسيان ، و قلقين إلى حد الاضطراب ، وغير قادرين على اتباع التعليمات أو التوجيهات أثناء أدائهم للمهام ، و لا يمكن التنبؤ بسلوكهم ، ومتقلبى المزاج ، وتظهر هذه السمات فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وتكون مزمنة فى طبيعتها ولا ترجع إلى أسباب بدنية أو عقلية أو انفعالية أو عاطفية ، فبين الحين والآخر يكون هؤلاء الأطفال غير منتبهين أو مشتتين واندفاعيين ، ويظهرون مستويات عالية من النشاط ، وهذه السلوكيات هى القواعد التى يتسمون بها وليست الاستثناء ، كما أن التباين فى الأداء يكون شائعاً بدرجة كبيرة بين هؤلاء الأطفال ، وعندما يُترك الاضطراب دون علاج فإن الأطفال الذين يعانون منه يخشى عليهم من انخفاض القدرة على التعلم ، و التقدير المنخفض للذات ، والمشكلات الاجتماعية والعائلية .

ويرى باركلى وآخرون Barkley et al. (2001) أنه فيما بين الخامسة إلى الثامنة فإن حوالى 45 % - 47 % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يُظهرون مشكلات ملحوظة تتمثل فى تحدى ومقاومة سلطة الوالدين ، والعداء للآخرين ، والانفعال السريع .

ويرى بيدرمان وآخرون Biederman et al. (1996) أن هذا الاضطراب يستمر من الطفولة حتى المراهقة وفى بعض الأحيان يستمر حتى مرحلة الرشد ، والصورة على المدى الطويل للأفراد الذين يعانون منه تتعقد بنشوء الكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى بمرور الوقت مثل اضطرابات القلق ، والاكتئاب ، واضطراب العلاقات البين شخصية

.

وبينما ينشأ لدى بعض الأفراد اضطرابات نفسية فى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد فإن هناك أفراداً آخرين يتورطون فى نمط من المشكلات يتمثل فى مخالفة القوانين وسوء استخدام المادة Substance Abuse (مانيوزا وآخرون .Mannuzza et al ، 1998) ، وحتى الأطفال الذين كفوا عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يدخلون فى سنوات المراهقة أو الرشد ولديهم تاريخ يتعلق بوجود صعوبات فى مرحلة الطفولة يترك علامات دائمة على الشخصية وتقدير الذات والعلاقات البين شخصية .

ويؤثر اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تأثيراً كبيراً على نمو الأطفال فهو يؤثر على التعلم ، ويصاحبه عدد كبير من المشكلات التى تتعلق بالنمو والمشكلات العاطفية ، والمشكلات السلوكية ، والمشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية ، وكذلك المشكلات المتعلقة بالأنشطة الحسية والحركية وأحياناً تكون هذه المشكلات المصاحبة ظاهرة بوضوح لدرجة أنها تحجب وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

تعريف الاضطراب :

يرى أناستوبولس Anastopoulos (1999) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من عدم الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسى للطفل والمراهق ، والفرد الذى يعانى منه يُظهر قدرة أكاديمية منخفضة ، وضعف فى

التحصيل الأكاديمى إلى جانب العديد من المشكلات التى تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدنى مفهوم الذات .

وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ذكاؤهم عادياً إلا أن تحصيلهم الدراسى يكون ضعيفاً ؛ وذلك لأن الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب التى تتمثل فى النشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والصعوبة فى اتباع التعليمات وعدم التنظيم تساهم جميعها فى حدوث المصاعب الأكاديمية ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب تكون مهاراتهم الاجتماعية رديئة غالباً ، كما أن علاقاتهم البين شخصية تكون مضطربة وخاصة مع الرفاق والمعلمين والوالدين ، وهذه المصاعب تزداد فى حالة وجود اضطراب التحدى والمعارضة ، واضطراب التواصل ، واضطراب الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق (كارلسون ومان Carlson & Mann ، 2002) ، ومثل هؤلاء الأفراد تحدث لهم صراعات عائلية مع والديهم ، ويكون لديهم أسباب مهيأة سابقة لمستويات عليا من التوتر الوالدى والأمراض النفسية ، وعدم التوافق الأسرى (باركلى Barkley ، 1990) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتميز بعدم القدرة على تركيز الانتباه ، وفرط النشاط ، أو سلوك إندفاعى أو كلاهما ، وفيما يلى عرض للمفاهيم المرتبطة بهذا الاضطراب :

1- نقص الانتباه (قصور الانتباه) :

نقص الانتباه Inattention هو أحد أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويتميز هذا العَرض بالقابلية للتشتت ، والانتقال

المتكرر من نشاط إلى آخر دون اكتمال أى منهما ، وعدم القدرة على التركيز لمدة طويلة ؛ لذلك فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يجدون صعوبة فى متابعة التعليمات ، وإنهاء الأعمال التى يكلفون بها ، ويرى جمعة يوسف (2000) أن الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد تشير إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤدون بشكل سئ على اختبارات الأداء المتواصل ، والمهام الأدائية التى تتطلب من المفحوص التحكم والاستجابة فى عدد من الحروف على شاشة الحاسب الآلى ولا يعتبر نقص الانتباه عند هؤلاء الأفراد قصدياً أو نوعاً من العناد ، ولكنه يعكس العجز عن مواصلة التركيز .

وقد ميز الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية (DSM - III) بين فئتين لاضطراب نقص الانتباه هما :

- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) .
- اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد (ADD) .

ويتصف الأطفال ذوو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط ، بينما يتصف الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه (ADD) بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية (هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne ، 1997) .

وفى عام 1987 قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسى بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية دمجت فيها النشاط الزائد مع نقص الانتباه ، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق على هذا الاضطراب مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD) وهذا ما أكده

الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) الصادر عام 1994 بأنه لا يوجد سوى نوع واحد من الاضطراب وهو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد عرضان متلازمان لاضطراب واحد وليس نمطين منفصلين (جوميز وكوندون Gomez & Condon ، 1999) .

2- النشاط الزائد (المفرط) :

النشاط الزائد (المفرط) Hyperactivity هو العَرض الأكثر وضوحاً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويظهر غالباً كسلوك مزعج وغير مريح ، والطفل الذى يعانى من النشاط الزائد تظهر عليه مجموعة من الأعراض منها عدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة ، وعدم القدرة على ضبط النفس ، ولا يستطيع إقامة علاقات طيبة مع أقرانه أو والديه أو مدرسيه (عبد العزيز الشخص ، 1984) ، ويعانى الأطفال الذين يوصفون بأن لديهم نشاطاً زائداً من عدم القدرة على التحكم فى حركاتهم الجسمية ، والاستجابات الاندفاعية ، ولهذا نجد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف ، ومن المظاهر الشائعة لهذا الاضطراب العناد وصعوبة الانقياد ، وحدة الطبع ، وتقلب المزاج ، وتدنى مفهوم الذات ، وانخفاض القدرة على التحمل ، وفى المدرسة يعانى هؤلاء الأطفال من صعوبة التركيز فى المهمة ، وصعوبة التنظيم ، وعدم القدرة على إنجاز الأعمال المدرسية ، كما أنهم يعانون من القلق بشكل مفرط ، ويتحدثون باندفاعية ، ويتركون مقاعدهم فى الفصل دون إذن ، وقد يواجه هؤلاء الأطفال أيضاً مشكلات خارج المدرسة ، كما أنهم لا يتبعون تعليمات الوالدين ويصرون على أداء أنشطة تناسب أعمارهم فقط (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى ،

. (1999

ويوصف الأطفال الذين لديهم هذا العَرض بأن لديهم إفراطاً فى الحركة ، وصعوبة الانخراط فى الأنشطة الهادئة بما فيها مشاهدة التليفزيون ، ويمتد النشاط المفرط عبر مواقف كثيرة حتى أثناء النوم ، ولكنه أكثر حدوثاً فى المواقف الرسمية النظامية عن المواقف غير الرسمية ، وهو أكثر قابلية للملاحظة فى الفصول الدراسية ، ولذلك فهو يشخص أول مرة فى أثناء سنوات الدراسة المبكرة (جمعة يوسف ، 2000) .

وفى دراسة تحليلية للمظاهر السلوكية لعدد من المشكلات التى يعانى منها الأطفال توصلت فيولا الببلاوى (1990) إلى عدة مظاهر تميز مشكلة النشاط الزائد عن غيرها من المشكلات وهى كثرة الحركة ، وعدم الاستقرار فى مكان واحد ، وسرعة الاستثارة ، والتهيج ، وضعف تركيز الانتباه ، وإحداث الفوضى والضجيج ، ونقص التفكير ، وعدم التروى ، كما توصل عدد آخر من الباحثين إلى عدة مظاهر سلوكية تميز الاضطراب منها كثرة الحركة ، وعدم الاستقرار ، وعدم القدرة على الجلوس فى مكان واحد ، وعدم القدرة على إتمام أى عمل .

وهكذا يمكن القول بأن النشاط الزائد يتمثل فى الإفراط فى النشاط غير الملائم لعمر الطفل ، وكذلك طبيعة الأعمال التى يقوم بها إلى جانب التململ وعدم الهدوء وكثرة الشغب ، ومخالفة النظام ، وعدم الاستقرار ، وعدم القدرة على إتمام أى عمل ، وسرعة الانفعال ، والفشل فى إقامة علاقات إيجابية مع المحيطين به من الرفاق والوالدين والمعلمين .

3- الاندفاعية :

الاندفاعية Impulsivity هى التهور والعشوائية فى إصدار الأفعال والأقوال وهى استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ على ذهنه ، والأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يستطيعون التحكم فى اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف ، والطفل الذى يعانى من الاضطراب لا يقصد فى معظم الأحوال إثارة المشاكل السلوكية فهو يع رف الصواب والخطأ ولديه القدرة على التفرقة بين ما يجب عليه أن يفعله وما يجب عليه ألا يفعله ، ولكنه متسرع ومندفع فى رد الفعل أو اتخاذ القرار فهو لا يفكر إلا بعد حدوث المشكلة ، ولذا فإنه يشعر بتأنيب الضمير والذنب ، ولكن الغريب أن هذه المشاعر لا تعوقه عن القيام بمثل هذا السلوك فى المستقبل ، ويرى كمال سيسالم (2001) أن الطفل العادى أى الذى لا يعانى من الاضطراب عندما يريد أن يقوم بسلوك عدوانى تجاه زميله فى الفصل كأن يدفعه مثلاً فإنه ينظر حوله كى يتأكد من أن أحداً لن يراه عندما يقوم بهذا العمل حتى يتجنب العواقب ، أما الطفل الذى يعانى من الاندفاعية فإنه يندفع دون تفكير فى دفع زميله دون أن ينظر حوله ليرى ما إذا كان هناك من سيراه ، ولهذا فإنه دائماً ما يضبط متلبساً بإتيان السلوك غير المرغوب فيه مما يعرضه للعقاب ، ويعانى المدرس فى الفصل من تكرار مقاطعة هذا الطفل له أثناء الشرح فهو يسأل ويتكلم ويجيب دون أن يسمح له بذلك ، وغالباً ما تكون أسئلته وإجاباته غير متعلقة بالدرس أو بالسؤال الذى طرحه المدرس كما أنه يجيب على الاختبارات قبل أن يستمع إلى التعليمات التى يلقيها المدرس ، ولذلك فهو يقع فى الكثير من الأخطاء ، وعلى مستوى الأنشطة الرياضية فهو يتدخل فى اللعب ولا ينتظر حتى يأتى دوره كما أنه لا يتبع القواعد واللوائح التى تحكم اللعب .

وهكذا يتضح أن الطفل الذى يعانى من الاندفاعية يجد صعوبة فى انتظار دوره ، ويقاطع الآخرين ويتطفل عليهم ، ويندفع فى المحادثات والألعاب .

معدلات الانتشار :

يبدأ حدوث هذا الاضطراب مبكراً (أى أن أعراضه تظهر قبل سن السابعة) ، ويؤثر فيما يقرب من 3 % - 5 % من الأطفال الملتحقين بالمدارس ، وتتراوح نسبة إصابة البنين إلى البنات بين 5 : 1 (إرفين وآخرون Ervin et al. ، 1996) ، ويميل الاضطراب إلى أن يكون مزمناً ، فلأكثر من 50 % من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يستمرون فى تقديم الأدلة على وجود الأعراض المرضية الخطيرة حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد (ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، 1993 ؛ إرفين وآخرون Ervin et al. ، 1996) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون معرضين بدرجة عالية (أكبر من المتوسط) للمعاناة من الاضطرابات التى تتعلق بالتعلم والسلوك وخاصة السلوك الاجتماعى الانفعالى (ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، 1993) .

ويصعب التعرف على نسب الانتشار الحقيقية للاضطراب ، وذلك بسبب اختلاف التعريف ، ومكونات الاضطراب على مرور الزمن ، وتشير نتائج عدد كبير من الدراسات إلى أن الاضطراب يشيع لدى 5 % من أطفال المجتمع المدرسى فى نفس المدى العمرى ، وهناك ما يقرب من 3 % - 5 % من العينة السكانية العامة للأطفال يعانون من الاضطراب (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994) ويقرر باحثون آخرون أن نسب انتشار الاضطراب فى سن المدارس الابتدائية تتراوح

بين 5 % : 15% (جمال الخطيب ، 1992) ، بينما أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن معدل انتشار الاضطراب بين أطفال المدارس يبلغ 16.1 % ، ويشيع انتشار الاضطراب بين الأولاد فى مرحلة ما قبل المراهقة ، وتزيد نسبة الانتشار بين الأولاد عن البنات ؛ حيث تبلغ نسبة حدوثه داخل العينات العيادية من 6 : 1 بينما فى عينات المجتمع تصل النسبة إلى 3 : 1 (وليرتش وآخرون Wolrich et al. ، 1998) ، كما يحدث الاضطراب بنسب متكررة كبيرة قبل سن الثامنة ويصبح أقل تكراراً بعد ذلك ، وبعض الآثار أو النتائج المتبقية مثل ضعف الانتباه ربما تستمر حتى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد (ولينز وآخرون Wilens et al. ، 2002) .

وأشارت نتائج عدد من الدراسات الحديثة إلى زيادة انتشار الاضطراب بين الذكور عنه لدى الإناث ؛ حيث إن الذكور يبدون أكثر اندفاعية ، ولديهم قابلية أكبر لتشتت الانتباه داخل حجرة الدراسة ، كما أن الأعراض الشخصية والعدوانية لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع معدل المشكلات النفسية لديهم ، وأشارت نتائج دراسات أخرى بأن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال حوالى 7.7 % وبنسبة 2 : 1 بين الذكور والإناث على التوالى (باركلى وآخرون Barkley et al. ، 2003) .

ويرى ويندر Wender (1995) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال ؛ حيث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيه أن نصف الأطفال المحالين للعلاج بها يعانون من الاضطراب ، كما بينت نتائج الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة حدوث الاضطراب تصل إلى 10 % تقريباً بين أطفال العالم ، وأن معدل انتشاره بين الأطفال فى عمر المدرسة يتراوح بين 4 % –

6 % ، والجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون للأسر ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى المنخفض يصل إلى 20 % تقريباً ، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والإناث بصفة عامة فإن نسبة انتشاره تصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث .

وعلاوة على ذلك يشيع الاضطراب بين الأطفال الذين توجد لديهم اضطرابات مزاجية ، واضطراب القلق ، وهناك نسبة تقدر بـ 5 % من بين أطفال المدارس يعانون من الاضطراب ، وحوالى 80 % من هؤلاء الأطفال من البنين بمعنى أن نسبة انتشار الاضطراب بين البنين والبنات تصل إلى 4 : 1 (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994) ، وكثيراً من الأطفال يظهرون انخفاضاً فى الأعراض المرضية للاضطراب عندما ينتقلون إلى مرحلة المراهقة المتأخرة (مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. ، 1993 ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994) ، وقد تبين أن الاضطراب أكثر شيوعاً لدى أقارب الدرجة الأولى للأفراد المصابين بالاضطراب ، كما أن هناك نسباً أعلى لانتشار اضطرابات المزاج ، والقلق ، وصعوبات التعلم ، وتعاطى المخدرات ، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى أفراد الأسر التى ينتمى إليها الأطفال المصابون بالاضطراب ، وقد أشارت الدراسات التتبعية العديدة التى أجريت فى هذا الصدد أن 30 % – 80 % من الأطفال المصابين بالاضطراب يستمر اضطرابهم إلى المراهقة والرشد (جمعة يوسف ، 2000) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أنه فى حالة استمرار الاضطراب إلى مرحلة المراهقة يتحول عند نقطة معينة إلى سلوك مضاد للمجتمع يعرف باسم

اضطراب التواصل ، وطبقاً لتقديرات المعلمين فإن 85 % من المصابين باضطراب التواصل يستوفون المحكات التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بارنيت ولابيلارت Barnett & Labellarte ، 2002) .

وفى مراجعة بشأن انتشار اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وجد أن ثلث الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لديهم حالة مرضية مشتركة أو أكثر تشمل اضطراب التحدى والمعارضة ، واضطراب التواصل ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ، وصعوبات التعلم (دوهانى Duhaney ، 2003) .

مسار الاضطراب :

يبدأ الأطفال فى إظهار دليل على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فى الطفولة المبكرة ؛ حيث تظهر عليهم علامات واضحة لسلوك منحرف من الناحية النمائية فيما بين سن 3 – 4 سنوات ، وبالنسبة لفئة قليلة من الأطفال تكون أعراض الاضطراب غير ظاهرة حتى سن الخامسة أو السادسة ؛ حيث يتزامن حدوث ذلك مع دخولهم المدرسة (باركلى وآخرون Barkley et al. ، 1993) ، وتنتشر أعراض الاضطراب أثناء مرحلة الطفولة المتوسطة بدرجة كبيرة ، وعلى الرغم من أن الأطفال خلال هذه المرحلة العمرية يظهرون سلوكاً حسناً فى بعض الأوقات ، إلا أنه بين الحين والآخر تظهر المضاعفات الثانوية مثل ضعف التحصيل الدراسى ، والسلوك الذى يدل على التحدى أو المعارضة (ويندر Wender ، 1995) .

وعلى عكس الرأى السائد فإن معظم الأطفال لا يتخلصون بالنمو من

المشكلات المتعلقة بالاضطراب عند وصولهم إلى مرحلة المراهقة فهناك نسبة تصل إلى 70 % تستمر فى إظهار مستويات غير ملائمة تتعلق باضطراب نقص الانتباه وكذلك بعض الأعراض المرضية الخاصة بفرط النشاط والاندفاعية (بيرنز وولاش Burns & Walsh ، 2003) ، وتكون المضاعفات الثانوية المصاحبة لا ضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فى مرحلة المراهقة مشابهة إلى حد كبير للمضاعفات التى تحدث لدى الصغار الذين يعانون من الاضطراب إلا أ ن المراهقين ينشأ لديهم مشكلات إضافية عندما يحاولون أن يفوا بالمسئوليات المهنية ، وعلاوة على ذلك فإنهم يكونون فى خطر كبير ؛ حيث يتورطون فى حوادث السيارات وانتهاك قواعد المرور (بيدرمان وآخرون .Biederman et al ، 2003) .

وعلى الرغم من أن معظم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يستمرون فى إظهار الأعراض المرضية المميزة له بدرجة واضحة حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ، إلا أن الغالبية العظمى منهم يتعلمون التأقلم والتغلب على هذه المشكلات ، وبهذا يحدث لديهم توافق مُرضى أو مشجع فى مرحلة الرشد (بارى وآخرون .Barry et al ، 2002) ، بينما الأفراد الذين لا يستطيعون التغلب على هذه المشكلات أو التأقلم معها تنشأ لديهم مشكلات مرضية مثل الاكتئاب وإدمان الخمور (أناستوبولس Anastopoulos ، 1999) ، وهذه الشريحة تستدعى الاهتمام الطبى بدرجة كبيرة ؛ حيث توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من الا ضطراب فى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد كانوا أكثر تورطاً فى الأعمال الإجرامية ، وأعمال العنف ، وأنهم مروا بتجربة الفشل الدراسى ، وكذلك المشكلات الاجتماعية (مانيوزا وآخرون .Mannuzza et al ، 1993 ؛ تايلور وآخرون .Taylor et al

، 1996) ، وأوضحت نتائج الدراسات التتبعية التى أجريت فى هذا الصدد أنه عندما ينتقل الخاضعون للدراسة إلى عقدهم الثالث فإن العديد من أوجه القصور تظل موجودة كالسلوك المضاد للمجتمع ، وفى بعض الحالات يكون سوء استخدام المادة أكثر شيوعاً مقارنة بمجموعة الأسوياء (يونج وتون Young & Toone ، 2000) .

وأظهرت نتائج الدراسة التتبعية التى قام بها مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. (1993) على مجموعة من الأولاد أن 25 % من أفراد العينة ظلوا يعانون من الأعراض المرضية وذلك فى المرحلة العمرية من 16 – 23 عاماً ، وكان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، واضطراب سوء استخدام المادة أكثر الاضطرابات شيوعاً ، 17 % يعانون من اضطراب سوء استخدام المادة ، وفى المرحلة العمرية من 23 – 30 عاماً وجدوا أن 18 % من أفراد العينة يعانون من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، 16 % يعانون من سوء استخدام المادة .

كذلك أوضح هيكتمان Hechtman (1996) أنه عندما يصل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى مرحلة النضج فإن نتيجة من بين الثلاث نتائج التالية تكون منتظرة أو متوقعة :

١ – أداء وظيفى جيد لا يختلف بدرجة دالة عن أداء المجموعة الضابطة السوية .

٢ – وجود مجموعة ثانية أكثر شيوعاً تستمر فى المعاناة بدرجة ملحوظة وتتمثل هذه المعاناة فى المشكلات التى تتعلق بالتركيز ، والاندفاعية ، والأداء الوظيفى الاجتماعى والانفعالى ، وهذه المعاناة تؤدى إلى اضطراب العلاقات البين شخصي ة ، والتقدير الردئ للذات ، وسرعة

الغضب ، والاندفاع ، والقلق ، وعدم الثبات الانفعالى .

٣ - وجود مجموعة ثالثة تتسم بالسلوك المضاد للمجتمع وربما يعانى أفراد هذه المجموعة من الاكتئاب ، والميول الانتحارية ، والتورط فى تعاطى المخدرات .

وهكذا ؛ يتضح أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعتبر بعيداً عن كونه اضطراباً حميداً فهو يحمل فى طياته مخاطر كبيرة بالنسبة للسلوكيات المضادة للمجتمع وكذلك الخلل الوظيفى المعرفى والمشكلات البين شخصية .

وتؤكد نتائج عديد من الدراسات أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يستمرون فى إظهار الأعراض المرضية المميزة للاضطراب حتى مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد الأولى (يونج وتون Young & Toone ، 2000) .

واستناداً إلى دراسة ميكى وآخرون .McKee et al (2004) وجد أن هناك نسبة تتراوح بين 30 % : 70 % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تستمر معهم الأعراض المرضية حتى مرحلة الرشد .

أعراض الاضطراب :

يلخص عدد كبير من الباحثين أهم السلوكيات التى يتصف بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذه السلوكيات مشتقة من معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) وموزعة على الأعراض الرئيسية

للاضطرابات على النحو التالى :

1- نقص الانتباه :

- غالباً ما يجد صعوبة فى الانتباه للأعمال سواء الصعبة أو السهلة .
- يسرح باستمرار أثناء أداء الأنشطة .
- يبدو عليه عدم الانتباه والتشتت عندما تتحدث إليه مباشرة .
- لا يتبع التعليمات ويفشل فى إنهاء العمل المدرسى ولا يحل الواجبات المكلف بها .
- يجد صعوبة فى تنظيم أنشطته والأعمال التى يحاول القيام بها .
- يتجنب الاشتراك فى أداء المهام التى تتطلب مجهوداً ذهنياً .
- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية للقيام بالأنشطة والمهام مثل الأقلام ، والكتب ، والأدوات الدراسية ... الخ .
- ينسى الأنشطة اليومية وكذلك أشياءه الشخصية .
- عدم إتمام الأنشطة وينتقل من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول أو التفكير فى إنهائه .
- عدم القدرة على متابعة المعلومات سواء السمعية أو البصرية للنهاية .
- يعانى من صعوبات التعلم .
- غير قادر على التركيز .
- يعانى من التشتت وأحلام اليقظة .
- لا يصغى للآخرين .
- يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات الخارجية .
- يفشل فى متابعة التعليمات التى توجه إليه .
- يتعرض للحوادث بسبب ضعف الانتباه .

2- الإفراط فى النشاط :

- يحرك قدميه ويديه كثيراً ويتلوى فى مقعده .
- يترك مقعده فى الفصل أثناء شرح المعلم ويتجول فى الفصل .
- يتحرك ويجرى بإفراط فى أوقات غير مناسبة .
- يجد صعوبة فى اللعب أو الانغماس فى الأنشطة الترفيهية بهدوء .
- متعجل باستمرار ويتحرك كما لو كان يدفعه موتور .
- ثرثار أى يتحدث باستمرار دون كلل أو ملل .
- عدم الاستقرار أثناء الجلوس .
- يسبب صخباً داخل الفصل .
- يزعج الآخرين فى الفصل .
- غير متعاون مع معلميه ومشرفيه .
- يظهر سلوك العناد والمعارضة .
- يخالف التعليمات والأنظمة .
- يسلك بشكل مختلف عن أقرانه فى مثل سنه .
- يصعب التنبؤ بسلوكه .

3- الاندفاعية :

- يندفع فى الإجابة قبل اكتمال سماع الأسئلة .
- يجد صعوبة فى انتظار دوره فى أمر ما .
- يقاطع الآخرين أثناء الحديث ويتطفل عليهم .
- يندفع فى المحادثات والألعاب بتهور .
- لا يستطيع السيطرة على أفعاله .
- حساس تجاه النقد .

وعادة تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية ، وتكون المشكلة الأساسية لدى هؤلاء الأطفال هى أن فرط النشاط أو ضعف الانتباه لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم فتكون استفادتهم من التعليم ضعيفة لأنهم يحتاجون للتحكم فى سلوكيات فرط الحركة وضعف التركيز وذلك لأن من الأعراض العامة للاضطراب :

- عدم أتمام الأنشطة ، والانتقال من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول ، ونظراً لفشله السريع فى عمل أو إنجاز شئ فإنه يتركه ولا يحاول إكماله أو التفكير فى إنهائه .
- لا يستطيع أن يحدد هدفاً لحركته أو متابعة المعلم أثناء الشرح ففى طريقه لعمل شئ ما يجذبه شئ آخر .
- تكرار النسيان وخاصة الأشياء الشخصية .
- عدم الترتيب والفوضى .
- الحركة الزائدة المثيرة للانتباه ، وعدم الثبات فى مكان لفترة طويلة .
- عدم الالتزام بالتعليمات اللفظية ، والفشل فى تنفيذها مع عدم التأثر بالعقاب والتهديد .
- يشكل اتباع النظام المدرسى ، والانضباط داخل الفصل الدراسى ، وحل الواجبات عبئاً على هؤلاء الأطفال ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والانتباه والثبات فى مكان لفترة مناسبة .

الأعراض التى تميز الأطفال بين سن الثلاث إلى خمس سنوات :

- الطفل فى حالة حركة مستمرة ولا يهدأ أبداً .
- يجد صعوبة بالغة فى البقاء جالساً حتى انتهاء وقت تناول الطعام .

- يلعب لفترة قصيرة بلعبه ثم ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر .
- يجد صعوبة فى الاستجابة للطلبات البسيطة .
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال .
- يجد صعوبة كبيرة فى انتظار دوره فى أمر ما .
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الاكتراث بمشاعرهم .
- يسئ التصرف دائماً .

ويرى السيد على وفائقة بدر (1999) أنه يصعب التعرف على الطفل الذى يعانى من الاضطراب قبل التحاقه بالمدرسة للأسباب الآتية :

١ - أن الطفل فى عمر ما قبل المدرسة يكون نشيطاً جداً بالفطرة ، كما أنه يقضى معظم وقته فى اللهو واللعب الذى لا يتطلب منه تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة .

٢ - أن التليفزيون يقدم برامج مشوقة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، والجدير بالذكر أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يجلسون أمام التليفزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل أو ملل .

٣ - أن معظم آباء هؤلاء الأطفال ليس لديهم معلومات سابقة أو خبرة كافية عن الاضطراب كما أنهم يكونون قد تعودوا على سلوك طفلهم ويرون أنه طبيعى وخاصة إذا كان هذا الطفل هو الوحيد فى الأسرة ، ومثل هؤلاء الآباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا فى المناسبات المختلفة التى تجمع طفلهم بأطفال آخرين فى مثل عمره الزمنى كالأعياد والأفراح وغيرها .

الأعراض التى تميز الأطفال بين سن ست سنوات إلى أثنى عشر سنة :

- يصفه مدرسيه بأنه غير متوافق مع زملائه أو غارق فى أحلام اليقظة .
- مشوش دائماً ويضيع أغراضه الشخصية .
- غير ناضج اجتماعياً ، قليل الأصدقاء .
- يجد صعوبة فى انتظار دوره فى أمر ما .
- يلعب بطريقة عدوانية فظة .
- يتكلم فى أوقات غير ملائمة ، ويجيب على الأسئلة بسرعة ودون تفكير .
- يتورط فى القيام بأعمال خطرة .
- يتسم سلوكه بالتململ وكثرة الحركة ولا يستطيع البقاء فى مقعده مدة طويلة .
- يترك مقعده أثناء شرح المعلم ويتجول داخل الفصل .
- يثير انتباهه أشياء أخرى غير التى يقوم بها .
- لا ينجز الأعمال أو المهام التى يكلف بها بشكل كامل .
- يجد صعوبة فى اتباع التعليمات التى تعطى له .
- يعانى من ضعف القدرة على الإنصات فيبدو وكأنه لا يسمع .
- يعانى من ضعف القدرة على التفكير .
- لا يتمسك بالتقاليد أو النظم المعمول بها .
- يبرئ نفسه دائماً من الأخطاء التى يقع فيها ويلقى باللوم على الآخرين .
- يتردد كثيراً إذا حاول اتخاذ قرار .
- يصدق كل ما يقال له دون تفكير .

- يعانى من عدم الثبات الانفعالى .
- يجد صعوبة فى الاحتفاظ بأصدقائه .

ويرى باركلى Barkley (1985) أن الأطفال مضطربى الانتباه يفشلون فى النجاح من المرة الأولى فى إحدى سنوات الدراسة الابتدائية ، وهناك ما بين 60 % – 80 % من هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات التعلم ، وعلى مستوى اضطراب التوافق النفسى والاجتماعى فإن هؤلاء الأطفال يكونون عدوانيين ومندفعين ؛ ولذا فمن المتوقع أن يعانى هؤلاء الأطفال من اضطراب العلاقة بالآخرين ، ويرى ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman (1986) أن سبب سوء توافق هؤلاء الأطفال وضعف علاقاتهم بالآخرين يرجع إلى اندفاعيتهم ، ونشاطهم غير الهادف ، وضعف تركيزهم ، وعدم قدرتهم على تحمل الإحباط ، ويرجع والن وهينكر Whalen & Henker (1992) ضعف علاقات هؤلاء الأطفال إلى عدم احترامهم للقواعد الاجتماعية فضلاً عن أنهم غير مطيعين ومشاكسين وغير ناضجين ، وأن 60 % تقريباً من هؤلاء الأطفال منبوذين من أقرانهم وانفعاليون وسلبيون ، ودائماً ما يكونون مصدر إزعاج ومشكلات للآخرين .

خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب :

يتميز الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بمجموعة من الخصائص التى تميزهم عن الأطفال العاديين منها :

1- الخصائص السلوكية :

يعانى الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المشكلات السلوكية فهم أكثر عدوانية واندفاعية وتهوراً ، وأوضح

بيدرمان وآخرون .Biederman et al (1991) أن الاضطرابات السلوكية تنتشر لدى 50 % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه .

وتشمل الخصائص السلوكية المرتبطة ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدم الصبر ، وتغير الحالة المزاجية ، وعدم القدرة على تحمل المواقف المحبطة ، والإلحاح ، والعناد ، وضعف الثقة بالنفس ، وتدنى مفهوم الذات ، وعدم القدرة على تحمل المسئولية وتختلف حدة هذه الخصائص السلوكية باختلاف العمر الزمنى والبيئة التى يعيش فيها الفرد .

كما يتميز الأطفال الذين يعانون من الاضطراب بالنزعة نحو إيقاع الأذى بالآخرين ومضايقتهم ، واضطراب التفكير ، وعدم القدرة على الضبط الذاتى (بيندا وآخرون .Pineda et al ، 1999) .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون صعوبات فى تعديل وتنظيم استجاباتهم تجاه المتطلبات البيئية ؛ لذلك فهم يواجهو ن صعوبات فى تنفيذ أو تطوير خطط الأداء السلوك ى الرامية لتحقيق الأهداف مثل حل الواجبات أو التفاعلات البين شخصـية ، حتى عندما يكونوا قد تعلموا خطة أو استراتيجية فى موقف معين فإنهم يواجهون صعوبة فى استخدام الخطة أو الاستراتيجية فى مواقف أخرى مشابهة ، كما أن هؤلاء الأفراد يظهر لديهم صعوبة فى انتظار دورهم فى موقف ما ، وتعوزهم الدافعية لأداء معظم النشاطات ، والغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال تتسم سلوكياتهم بالتحدى والمعارضة ؛ حيث يجادلون الكبار باستمرار ويرفضون اتباع التعليمات .

ويرى مارينى ميركولينو وآخرون (2003) أن حوالى 67 % من

الأطفال المصابين بلضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يواجهون مشكلات كبيرة تتعلق بالسلوكيات السلبية والعدائية والعصيانية نحو الوالدين ونحو الأفراد المهمين الآخرين ، وفى أحيان عديدة يكون هؤلاء الأطفال سريعى الانفعال ، ولا يلتزمون بالقوانين ، ويغضبون من الآخرين بسهولة ، ويميلون إلى تحميل الآخرين مسئولية أخطائهم ، ومن جانب آخر تُظهر نسبة أقل – ولكنها كبيرة أيضاً – من هؤلاء الأطفال (20 % : 30 %) سلوكيات التحدى على الحقوق الأساسية للآخرين مثل الاعتداء المتكرر على الآخرين ، والقسوة مع الحيوانات ، والسرقة وإتلاف الممتلكات ، وعدم احترام القوانين والأعراف الاجتماعية .

2- الخصائص الانفعالية :

يقرر الباحثون أن 20 % - 30 % من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من اضطراب التوتر أو القلق ، وأن حوالى من 10 % - 40 % من هؤلاء الأفراد يعانون من اضطراب الحالة المزاجية ، وقد تدعو الحاجة فى مثل هذه الحالات إلى علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والقلق والاكتئاب فقد يكون القلق والاكتئاب هما السبب الرئيسى لنقص الانتباه ، وعدم الدافعية أو شرود الذهن لدى هؤلاء الأفراد .

كما أظهرت نتائج عديد من الدراسات أجريت فى هذا الصدد أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من الانطواء ، والسلبية ، وعدم الثقة بالنفس وفقدان الإحساس بالأمان ، واضطراب الحالة المزاجية ، وعدم توافق ردود أفعالهم الاجتماعية أو استجاباتهم مع الحدث أو المثير ، وأنهم يفشلون فى

التعبير عن عواطفهم الخاصة مثل الشعور بالسعادة ، والدهشة ، والحزن ، والخوف ، والاشمئزاز ، كما أنهم يعانون من تدنى تقدير الذات ، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ، كما أنهم غير ناضجين انفعالياً فانفعالاتهم تتسم بالتقلب فتارة يكون ون هاد ئين ومتزن ى المزاج ، وتارة أخرى ينفجرون فى ثورة من الغضب يعقبها بكاء شديد ، كما أن هؤلاء الأفراد منبوذون من رفاقهم ويغلب على سلوكياتهم التدمير وإتلاف ممتلكات الغير ، ويشعرون بالسعادة من جراء هذه السلوكيات ، ويؤكد ذلك كمال سيسالم (2001) حيث يرى أن الاندفاع لمثل هذه السلوكيات هو تعبير واضح عن عدم قدرة الفرد على التحكم فيما يصدر عنه من سلوك سواء كان لفظياً أو حركياً مما يؤدى بصاحبه إلى النبذ والرفض الاجتماعى نتيجة لتحاشى الآخرين التعامل مع صاحب هذا السلوك ، كذلك يؤدى هذا السلوك الاندفاعى إلى الإضرار الجسمى بصاحبه ؛ حيث يقدم على الأعمال الخطيرة باندفاع ودون تفكير فى العواقب .

3- الخصائص المعرفية :

يتباين تأثير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على النمو المعرفى للطفل ما بين الخفيف والشديد ، وتشير الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد إلى أن هذا الاضطراب يكون مصحوباً عادة باضطرابات فى التعلم والسلوك وبصفة خاصة صعوبات القراءة ، والكتابة ، والتهجئة ، والرياضيات ، واضطرابات الحالة المزاجية والسلوك المشكل والقلق ، كما يؤثر اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على فاعلية الذاكرة وخاصة الذاكرة العاملة ، وتنظيم استقبال المثيرات وإدراكها ، ويحدث اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد عبر جميع مستويات الذكاء ، وحتى داخل مجتمع المتفوقين عقلياً ، وشديدى الذكاء ، وعادة يواجه هؤلاء الأطفال أنماط متباينة من الفشل المدرسى على الرغم من امتلاكهم لقدرات عقلية عادية وربما عالية (فتحى الزيات ، 2002) ، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب الذاكرة ، والإدراك ، والترميز ، وتكوين المفاهيم (محمد على كامل ، 1996) ، وقد يعانون من قصور فى العمليات البصرية وفى الوظائف الإجرامية مثل التخطيط وحل المشكلة والفشل فى الاحتفاظ بالمعلومات وتنظيم السلوك (بورك وآخرون Burke et al. ، 2003) .

وتتداخل مظاهر صعوبات التعلم تداخلاً كبيراً مع مظاهر اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فتتراوح نسبة الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفى نفس الوقت يعانون من صعوبات التعلم ما بين 15 % : 45 % من المجموع الكلى للأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (كلارك وآخرون Clarke et al. ، 2002) ، وأشار جولدشتين وجولدشتين Goldstein & Goldstein (1990) إلى أنه على الرغم من أهمية عامل الانتباه فى حياة الطفل فإن هذا العامل بمفرده لا يعتبر كافياً لحدوث عملية التعلم وذلك لأن المشكلة الأساسية للطفل الذى يعانى من صعوبات التعلم هى صعوبة التعامل مع المعلومات لا الانتباه فقد ينتبه ويركز على كل ما يقال له من معلومات ، ولكنه لا يستطيع التعامل معها بما يتطلبه هذا التعامل من تحليل واستجابة وتذكر واستدعاء وتخزين وربط للعلاقات .

4- الخصائص الاجتماعية :

يظهر الفرد الذى يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدداً من السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً مثل عدم الالتزام بالتقاليد والنظم المعمول بها ، وعدم الثبات الانفعالى ، وكثرة التحدث أو الثرثرة المستمرة ، ومقاطعة الآخرين أثناء الحديث ومثل هذه السلوكيات تفقده التوافق الاجتماعى مع الآخرين وتجعله منبوذاً أو مرفوضاً اجتماعياً ، يضاف إلى ذلك أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تتصف علاقاتهم بالسلبية وعادة ما يمثلون مشكلة للآباء والمعلمين والأشخاص المحيطين بهم .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يظهرون معدلاً مرتفعاً فى السلوكيات غير المناسبة مثل السرقة ، والغش ، والسلوك التخريبى ، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة (هينشو وآخرون Hinshaw et al. ، 1992 ؛ فان لير وآخرون van Lier et al. ، 2003) ؛ لذلك نجد أن هؤلاء الأفراد يعانون من مظاهر الرفض والإعراض الاجتماعى من أقرانهم والمتعاملين معهم فى الأسرة والمدرسة ، وعادة ما يجدون اتجاهات سالبة نحو مصادقتهم والتفاعل معهم (موير Moyer ، 2003) .

5- الخصائص التعليمية :

يعانى الأفراد ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من صعوبات القراءة ، والكتابة ، وإجراء العمليات الحسابية ، وكذلك التأخر الدراسى ، ومثل هذه المشكلات تمثل اضطراباً فى التعلم وخصوصاً عند إجراء

عملية التقييم ؛ لذلك نجد أن المدرسة تمثل مصدر إحباط لمثل هؤلاء الأطفال .

ويرى باركلى Barkley (2003) أن الطفل الذى يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتصف بالسلوكيات الآتية :

- يترك مقعده أثناء شرح المعلم ويتجول داخل الفصل .
- لا يهتم بالتعليمات التى يوجهها له المعلمون .
- يتحدث باستمرار داخل الصف بسبب أو بدون سبب .
- عدم القدرة على الانتباه وفهم ما يقوله المعلم .
- يفقد أدواته الشخصية من كتب وأقلام ... الخ باستمرار .
- انخفاض أداؤه المدرسى بكثير عن معظم زملائه .
- عمله المدرسى غير مكتمل وغير منسق .

ويرى فتحى الزيات (2002) أن هناك ثلاثة مظاهر أساسية تقف خلف تعرض الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للفشل الدراسى أو على الأقل انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمى وهذه المظاهر هى :

- قصور الانتباه .
- الاندفاعية فى الفعل ورد الفعل .
- الإفراط فى النشاط الذى يؤدى إلى إعاقة الانتباه ، والفشل فى الحصول على درجات تحصيلية عالية ، والفشل فى الاحتفاظ أو تخزين المعلومات .

ومن المسلم به أن عدم القدرة على كبح جماح السلوك الاندفاعى للطفل

والتحكم فيه يزيد من احتمالات الفشل الدراسى ؛ حيث تفرض البيئة المدرسية عقوبات وانطباعات معينة لعدم الوفاء أو الانصياع لمتطلباتها ومنها :

- ضرورة أن يظل الطفل جالساً ومنضبطاً فى مكانه فى هدوء .
- أن يمارس العمل فى واجباته مستقلاً .
- أن ينشغل بوقته وواجباته وتكليفاته .

ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة بالغة فى الضبط أو التحكم وفى الانصياع لهذه المتطلبات أو تنظيم سلوكهم بما يقابل هذه المتطلبات ، وعادة ما يعاقبهم النظام المدرسى على الرغم من أن عقاب هؤلاء الأطفال على هذه السلوكيات يؤدى إلى نتائج عكسية تبدو فى ترسيخ اعتقاد لدى الطفل بضعف كفاءته الذاتية والاستسلام للواقع الذى يعيشه والتسليم بعدم قدرته على تغييره .

تصنيف الاضطراب :

جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III - R) أن كلاً من اضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الزائد عرضان مندمجان مع بعضهما وأطلق عليهما مصطلح اضطراب نقص الانتباه ، وقسم هذا الدليل الأطفال مضطربى الانتباه إلى فئتين هما :

أ- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ب- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص لانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1987) .

أما الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) ميز بين ثلاثة أنواع من اضطرابات الانتباه هى :

أ- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Combined Type وفى هذا النوع يوجد لدى الأطفال ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع مصاحبتها لست أعراض أو أكثر من النشاط الزائد والاندفاعية ، وينتشر هذا النوع من الاضطراب بين الأطفال والمراهقين .

ب- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type ، وفى هذا النوع من الاضطراب يوجد لدى الأطفال ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع وجود أعراض قليلة لا تدل على النشاط الزائد .

جـ- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactivity – Impulsive Type ، ويميز هذا النوع وجود ستة أعراض للنشاط الزائد والاندفاعية مع انخفاض واضح لأعراض اضطراب نقص الانتباه (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994) .

الوصف التشخيصى للاضطراب :

كما يوحى مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون نشاطاً عضلياً زائداً عن الحد أو مبالغ فيه مثل الجرى بلا هدف أو الجرى العشوائى والتململ ، وتعد

صعوبة الاستمرار فى الانتباه هى الملمح الرئيسى للاضطراب ، فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونوا مشتتى الذهن بدرجة كبيرة جداً ، ويفشلون فى اتباع التعليمات أو الإجابة على الأسئلة أو الاستجابة للأوامر التى توجه إليهم .

ومن بين السمات الأخرى لهذا الاضطراب وجود السلوك الاندفاعى

Impulsive Behavior ، والتحمل الضئيل للإحباط ، ونتيجة لهذه المشكلات فإن هؤلاء الأطفال يكونون غالباً أكثر تدنياً (انخفاضاً) فى مستوى الذكاء ، وعادة فإنه فى حوالى 7 – 15 اختباراً من اختبارات الذكاء تكون درجاتهم أقل من المتوسط ، ويميل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى التحدث بلا انقطاع أو بطريقة مستمرة ، وأن يكونوا متطفلين على الآخرين ، وغير ناضجين اجتماعياً ، وفى دراسة أجريت على 916 مراهقاً فى نيوزيلندا وجد أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم معدلات أعلى فى المخالفات المرورية مقارنة بغيرهم من المراهقين العاديين (نادا – ريجا وآخرون .Nada - Reja et al ، 1997) .

وتتضمن الأوصاف الكلينيكية للأطفال الذين يعانون من الاضطراب الشكوى من عدم القدرة على الإنصات أو الاستماع إلى التعليمات ، وعدم استكمال الأعمال أو المهام التى يكلفون بها ، وسيطرة أحلام اليقظة ، والشعور بالملل أو الضجر بسهولة ...الخ ، ومن الأمور الشائعة للاضطراب صعوبة الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهام ، وتظهر هذه المشكلات فى أغلب الأحيان فى المواقف التى تستدعى الانتباه المستمر ، كما يظهر أيضاً على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الاندفاعية ؛ حيث يبدأون فى أداء المهام قبل أن يستمعوا إلى التعليمات أو بعد الانتهاء منها ، ويتحدثون فى غير دورهم أو عندما لا يطلب منهم ذلك ، ويقومون بتلميحات وإشارات وتعليقات طائشة دون اعتبار للعواقب أو النتائج الاجتماعية ، كما تتضمن الأوصاف الكلينيكية أيضاً فرط النشاط الحركى واللفظى فنجد هؤلاء الأفراد فى حركة دائمة وغير قادرين على أن يظلوا ساكنين ...الخ ، وبالنسبة للمكون اللفظى فإنه يتم التركيز غالباً على الشكوى من تحدث الطفل بدرجة زائدة عن الحد أو

أنه ثرثار لا يستطيع التوقف عن الكلام أو لديه فم متحرك لا يستطيع السكوت سواء كان ذلك بصفة معتدلة أو بصفة حادة .

ويرى رابوبورت وآخرون .Rapoport et al (1986) أن المصاعب المتعلقة بالسلوك الذى تحكمه القواعد تمثل ملمحاً كلينيكياً مهماً للاضطراب ، فقد أوضحت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون مشكلات ملحوظة وعلى قدر كبير من الدلالة تتمثل فى عدم الالتزام بالقواعد والأوامر .

وتؤكد نتائج التقارير الكلينيكية الخاصة بالوالدين والمعلمين على عدم قدرة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على اتباع التعليمات ، ومثل هذه المصاعب تنشأ فى مجموعة متنوعة من السياقات ولكنها تحدث فى أغلب الأوقات فى المواقف التى يكون فيها الكبار غائبين ، أى عندما يكون هناك طلب متزايد للتنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك ، كما أن هؤلاء الأطفال يظهرون أيضاً عدم امتثال كبير لأداء مهامهم أو واجباتهم ويكون ذلك واضحاً فيما يتعلق بأدائهم فى الفصول الدراسية ، وفى نتائج الاختبارات ، وفى استكمالهم للواجبات المنزلية أو الأعمال المنزلية الروتينية ، وعلى الرغم من أنه يمكن القول جدلاً بأن جميع الأطفال يظهرون قدراً معيناً من التغيرية فى هذه النواحى فمن الواضح من الخبرة الكلينيكية والنتائج البحثية أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون ذلك بدرجة أكبر بكثير .

ويؤثر الأفراد الذين يعانون من الاضطراب على الأفراد الذين يعيشون معهم بطريقة سلبية ؛ حيث يكون لديهم صعوبات كبيرة فى التأقلم مع والديهم وذلك لأنهم لا يطيعون الأوامر أو القواعد التى توجه لهم ، وعلى وجه العموم

فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يبدو عليهم القلق على الرغم من أن نشاطهم الزائد عن الحد ، وتململهم ، وقلة راحتهم ، وشرود ذهنهم تُعد علامات أو مؤشرات للقلق ، وعادة يكون تحصيلهم سيئاً فى المدرسة ، ويظهرون عادة صعوبة فى القراءة ، وتعلم المواد الدراسية الأخرى ، كما أنهم يثيرون الكثير من المشاكل السلوكية ، ولا يتحملون تأخير أو إرجاء الإشباع ، ويميلون إلى عصيان الأوامر والقواعد ويثيرون العديد من المشاكل المتعلقة بالعمل المدرسى والعلاقة بالمعلمين وزملائهم الآخرين .

والطفل الذى يعانى من الاضطراب نجده مشتت الانتباه ، ويضرب الأطفال الآخرين باندفاعية شديدة ، ويضرب الأشياء برجليه ، ويرمى الأشياء الموجودة فوق المكاتب على الأرض ، ويمسح الأشياء المكتوبة على السبورة ، ويتلف كتبه وكتب زملائه ، وغيرها من الممتلكات المدرسية ، ويقفز ويندفع من مكان إلى آخر داخل الفصل الدراسى كما أنه غيور إلى حد كبير من أخوته وبقية زملائه داخل الفصل الدراسى ، وعلى الرغم من أن نسبة ذكائه تكون متوسطة أو فوق المتوسط إلا أنه يشعر أنه غبى .

والأوصاف المستقبلية لهذا الاضطراب ربما تشمل أوجه الاضطراب فى السلوك الذى تحكمه القواعد ، والتغير فى الأداء كمعالم محددة ، وعلى الرغم من ذلك فإن معظم المحترفين فى هذا المجال ينظرون إلى عدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط على أنها الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب ، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تم النظر إليها على أنها مميزة للاضطراب فإن صدق هذا الافتراض قد أثيرت حوله الشكوك ، فعلى المستوى النظرى فإن الأعراض المرضية الثلاثة الأساسية المميزة للاضطراب بالإضافة إلى الكثير من المعالم

المصاحبة لها ربما تنبع من عجز دال فى عمليات الكف السلوكى Behavioral Inhibition Processes ، ومن وجهة النظر العملية الدقيقة فإنه فى الآونة الأخيرة أوضحت نتائج التحليل العاملى أنه على الرغم من أن الأعراض المرضية لنقص الانتباه تميل فى الواقع إلى أن تتجمع بمعزل عن الأعراض المرضية للاندفاعية وفرط النشاط فإن هذين العرضين المرضيين الأخيرين رغم ذلك يتجمعان معاً بطريقة منتظمة (أناستوبولس Anastopoulos ، 1999) .

تشخيص الاضطراب :

يصعب تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بسبب عدم وجود اختبار طبى واقعى ومميز يستخدم فى التشخيص مما يجعل عملية التشخيص فى الغالب عملية ذاتية ، وهذا هو السبب فى حتمية أن يتم تشخيص الاضطراب عن طريق شخص مؤهل للقيام بهذه العملية بدقة ، وفى أول الأمر تم استخدام مصطلح اضطراب نقص الانتباه (ADD) وتم وصف الأفراد الذين يعانون من الاضطراب بأنهم أقل انتباهاً ، ولم يتم الاهتمام بالأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه عندما يكون مصحوباً بالنشاط الزائد ، ويصنف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) إلى ثلاث أنواع فرعية مختلفة تتضمن نقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد .

وكان يعتقد فى الماضى أن هذا الاضطراب عابر ويصيب الأطفال فى مرحلة الطفولة فقط إلا أن الدراسات التتبعية المختلفة أوضحت أنه يستمر خلال مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد المبكر لدى الغالبية العظمى من الحالات ، والمشكلات التى يمر بها الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب

فى تفاعلاتهم أو تعاملاتهم اليومية مع الوالدين والمعلمين والأصدقاء التى تتمثل فى السلوك الذى يدل على التحدى والمعارضة ، وضعف التحصيل الدراسى ، واضطراب التواصل الاجتماعى ، وعدم القدرة على اتباع القواعد والنظام ، والخطورة الطويلة الأمد لسوء استخدام المادة ، والانحراف كل هذه الجوانب تتجمع أو تتحد معاً لتوثق التأثير المدمر للاضطراب على الأطفال والأسر والمجتمع .

التشخيص الرسمى أو المعتمد للاضطراب :

المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد هى معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتمثل فى :

أ- يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين التاليين إما " أولاً " أو " ثانياً " مما يأتى :

أولاً : أن ينطبق على الفرد ستة على الأقل من الأعراض المرضية التالية الدالة على نقص الانتباه ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائى مما يؤدى إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هى :

١ -ارتكاب أخطاء تدل على الإهمال واللامبالاة بخصوص العمل المدرسى أو المهنى أو الأنشطة الأخرى ، والعجز عن الانتباه الدقيق للتفاصيل .

٢ -صعوبة استمرار الانتباه فى المهام المكلف بها أو فى أنشطة اللعب .

٣ –عدم الإنصات عندما يتحدث إليه أحد بشكل مباشر .

٤ –عدم اتباع التعليمات ، والعجز عن إكمال العمل المدرسى أو العمل اليومى أو مهام العمل المهنى (ليس بسبب العناد أو العجز عن فهم التعليمات) .

٥ –وجود صعوبة فى تنظيم وترتيب الأنشطة والمهام والأعمال التى تعرض عليه .

٦ –تجنب القيام بالمهام التى تتطلب المجهود العقلى المستمر أو التى تحتاج إلى الانتباه والتركيز مثل العمل المدرسى ، والواجب المنزلى .

٧ –كثيراً ما يفقد الأشياء الضرورية لأعماله وأنشطته مثل اللُعب ، والأدوات المدرسية كالكتب والأقلام والأدوات الأخرى .

٨ –شرود الذهن وعدم الانتباه بسهولة .

٩ –كثير النسيان للأنشطة والأعمال اليومية المتكررة والمعتادة مما يجعله فى حاجة إلى متابعة مستمرة .

ثانيا ً : أن ينطبق على الفرد ستة من الأعراض التالية الدالة على النشاط الزائد / الاندفاعية ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة شهور على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائى مما يؤدى إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هى :

- **النشاط الزائد :**

١ –غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ، ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط بهما أو يتلوى فى مقعده .

٢ –غالباً ما يترك مقعده فى الفصل بطريقة غير ملائمة ، كذلك يترك مقعده

فى المواقف التى نتوقع منه فيها أن يظل جالساً فى مقعده ، ويظل يمشى ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف .

٣ -يجرى ويقفز ويتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة ، وذلك فى المواقف التى تكون فيها هذه الأفعال غير ملائمة (وفى حالة المراهقين والراشدين يقتصر ذلك على الشعور الذاتى بعدم الاستقرار أو الاستياء) .

٤ -غالباً ما يجد صعوبة فى اللعب أو ممارسة أنشطة قضاء وقت الفراغ بهدوء .

٥ -دائم الحركة ، وغالباً يسلك كما لو كان مدفوعاً بواسطة محرك أو موتور .

٦ -غالباً ما يتحدث بدرجة زائدة عن الحد فى معظم الأوقات .

- **الاندفاعية :**

٧ -التسرع فى الإجابة ع ن الأسئلة التى توجه إليه قبل أن يتم الانتهاء منها .

٨ -لديه صعوبة فى انتظار دوره .

٩ -يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم كأن يتدخل فى محادثاتهم أو ألعابهم .

ب- أن تحدث الأعراض الدالة على نقص الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية التى سببت عجزاً أو قصوراً لدى الفرد قبل سن السابعة .

جـ- أن تسبب هذه الأعراض خللاً أو قصوراً ذا دلالة كلينيكية فى الأداء الوظيفى اليومى للفرد فى موقفين أو أكثر سواء فى المنزل أو المدرسة أو العمل .

د- أن توجد أدلة واضحة وقاطعة ذات دلالة كلينيكية تؤكد حدوث

الاضطراب فى الجانب الاجتماعى أو الأكاديمى أو المهنى .

هـ- ألا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب نمائى عام (منتشر) أو الفصام ، أو أى اضطراب عقلى آخر كأن يكون اضطراباً وجدانياً ، أو اضطراب القلق ، أو اضطراباً تفككياً (انشقاقياً) أو اضطراب الشخصية .

ويشترط لدقة التشخيص ما يلى :

١ - أن يذكر الوالدان أو المعلمون ستاً على الأقل من التسع مشكلات المتعلقة بالسلوك فى أى من القائمتين لضمان وجود الاضطراب وتشخيصه بطريقة مناسبة .

٢ - تكرار يفوق أو يتعدى ما يتوقع من الأطفال فى نفس العمر العقلى .

3- أن يكون لهذه السلوكيات تأثير على الأداء الوظيفى السيكولوجى ، ولا ترجع إلى أنواع أخرى من اضطرابات التعلم أو اضطرابات الشخصية (الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 1994 ؛ هالجين وايتبورن Halgin & Whitbourne ، 2000 ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، 2000 ؛ باركلى Barkley ، 2003) .

وكما يتضح من هذه المعايير فإن الطريقة التى يعلن فيها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن نفسه من الناحية الكلينيكية تختلف من طفل إلى آخر ، فالأطفال الذين يوجد لديهم أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمثلة فى

نقص الانتباه ربما تشكل مخاوف أكبر نسبياً عن الاندفاعية أو المشكلات المتعلقة بفرط النشاط ، وبالنسبة لأطفال آخرين ربما تكون الاندفاعية وفرط النشاط من المصاعب الأكثر ظهوراً ، وبالتأمل فى هذه الفروق أو الاختلافات الممكنة فى العَرض الكلينيكى فإن المعايير المتضمنة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) لا تسمح بذلك فقط ولكنها تتطلب التقسيم الفرعى لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فمثلاً عندما يوجد أكثر من ستة أعراض مرضية من كلتا القائمين وتنطبق جميع المعايير الأخرى فإن تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من النوع المركب يكون موجوداً ، وفى حالة وجود ستة أعراض مرضية أو أكثر تتعلق بضعف الانتباه ووجود أقل من ستة أعراض مرضية تتعلق بفرط النشاط والاندفاعية فإن التشخيص المناسب سيكون هو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى يتعلق بضعف الانتباه فى المقام الأول ، ويتعرف المهنيون بسرعة على الأنماط الموجودة فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ويميزونها عن تلك الأنماط التى تميز اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد – النوع المركب أو اضطراب نقص الانتباه غير المتميز (*) Undifferential Attention Deficit Disorder فى التصنيف التشخيصى والإحصائى الثالث المع دل للاضطرابات النفسية (DSM - III – R) الصادر عن الجمعية

* أى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد .

الأمريكية للطب النفسى عام 1987 ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو غير المصحوب بالنشاط الزائد الموجود فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية (DSM - III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام 1980 ، ومع ذلك ظهر فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM – IV) ولأول مرة الحالة من النوع المعروف باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التى تتميز بفرط النشاط والاندفاعية فى المقام الأول والذى يعتبر التشخيص المناسب الذى يجب أن يتم عمله عندما تظهر ستة أعراض أو أكثر للأعراض المرضية الدالة على السلوك الاندفاعى والسلوك الذى يتسم بالنشاط الزائد ، وستة أعراض مرضية على الأقل تتعلق بنقص الانتباه مع انطباق جميع المعايير الأخرى .

الحالة المرضية المشتركة :

من النادر أن نشاهد حالة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غير مصحوبة باضطراب واحد إضافى أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هى القاعدة وليست الاستثناء ، فما يزيد على 50 % من الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الاضطراب يكون لديهم اضطراب نفسى آخر ربما يخفى أو يعقد تشخيصهم وعلاجهم (جينسين وآخرون Jensen et al. ، 1997) ، وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن اضطرابات الاكتئاب ، والقلق ، وسوء استخدام المادة ، والعدوان ، واضطرابات النوم تحدث لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه (Attention Deficit Disorder (ADD بدرجة ملحوظة أكبر مما فى

الأشخاص الذين لا يعانون من نفس الاضطراب (بال وآخرون .Ball et al ، 1997 ؛ جينسين وآخرون .Jensen et al ، 1997 ؛ كوفلير Cuvelier ، 2002) .

وفى نصف الحالات التى تعانى من الاضطراب وجد ارتباط واضح وبمستويات دالة بالأعراض المرضية للعدوان ويندرج ذلك تحت وصف اضطراب التحدى والمعارضة (ODD) واضطراب المسلك أو التصرف أو التواصل (CD) (هينشو Hinshaw ، 1987 ؛ جينسين وآخرون Jensen et al. ، 1997) .

والأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع اضطرابات السلوك المفكك أو غير السوى Disruptive Disorders يكونون فى خطورة واضحة لمجموعة من المصاعب الحادة التى تتضمن اضطراب العلاقات الأسرية (التفكك الأسرى) ، وكذلك المشكلات التى تندرج تحت النمط المعادى للمجتمع ، واضطراب المهارات اللفظية ، والمستويات الشديدة جداً من نبذ الرفاق لهم ، وتاريخ طويل يتميز بخطورة أساسية وواضحة للاستمرار فى الأنماط السلوكية اللاجتماعية أو المضادة للمجتمع (هينشو Hinshaw ، 2000) .

وربما لا يكون من المدهش أن نعرف أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل إلى حد كبير مع ما يطلق عليه الاضطرابات الداخلية التى تتمثل فى القلق ، والانسحاب ، والاكتئاب ، والعدوانية ، وفى الحقيقة فإنه يوجد نسبة من الشباب تصل إلى الثلث تظهر مثل هذه الأنماط من الحالة المزاجية المشتركة ، وعلى الرغم من أن قدراً قليلاً هو الذى يعرف

عن التداخل بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعدوانية إلا أنه يوجد دليل يؤكد على أن الأفراد الكبار الذين يعانون من الاضطراب بالإضافة إلى اضطرابات القلق الواضحة يظهرون أنماطاً مختلفة من الاستجابة للعلاج عن الصغار الذين يعانون من الاضطراب والذين لا توجد لديهم مثل هذه الحالة المرضية المشتركة (جنسين وآخرون .Jensen et al ، 1997) .

والأقارب البيولوجيون من الدرجة الأولى للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب القلق ، واضطراب التواصل واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وذلك بنسبة أكبر من أقارب الأطفال الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومثل هذه الاضطرابات ربما تكون موروثة عند البعض وليس كل أفراد الأسرة ، كما أن الحالة المرضية المشتركة ربما تكون أيضاً رد فعل للتعايش مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فمنذ سنوات العمر المبكرة يمر الأفراد الذين يعانون من الاضطراب بإحباط شديد ومستمر وذلك فى بذلهم الجهد كى يتعلموا ويكونوا على وفاق مع الآخرين ، وغالباً يقاسون من النقد المستمر من جانب المعلمين والوالدين والأخوة والأخوات ، ومن جانب زملائهم ورفاقهم مما يسبب لهم اليأس والقنوط والاكتئاب المزمن وكل هذه الأوضاع تمثل حالات مرضية مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن المحتمل أن تنشأ اضطرابات أخرى نظير هذه المشاعر .

وتؤكد ذلك سوزان يونج Young (2001) حيث توصلت فى إحدى

دراساتها التى أجرتها على مجموعة مكونة من 47 طفلاً فى سن الدخول للمدرسة تم تشخيصهم وفقاً لمحكات الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن 49 % منهم يعانون من اضطراب الاكتئاب وحده (ن =10) ، واضطراب القلق وحده (ن = 5) أو كلا الاضطرابين أى القلق والاكتئاب معاً (ن = 8) ، والمعروف أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب فقط يذكرون غالباً وجود صعوبات تتعلق بالتركيز والاستمرار فى بذل الجهد وذلك خلال مدة تعرضهم للاكتئاب ، أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يذكرون غالباً معاناتهم من صعوبات دائمة أى تستمر طوال حياتهم تتمثل فى نقص الانتباه ، وفقدان الطاقة والنشاط ، وكذلك الأعراض الاكتئابية التى تكون مفروضة عليهم نتيجة الاضطرابات الأخرى المصاحبة .

وتوضح الدراسات الطولية أن خطر حدوث سوء استخدام المادة بين الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المصحوب بحالة مرضية ملازمة له مثل اضطراب التواصل يكون متزايداً بدرجة كبيرة فهناك نسبة تزيد على 70 % من بين الكبار الذين تم تشخيصهم على أنهم يسيئون استخدام المادة وجد أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (كوبى وآخرون .Kube et al ، 2002) ، وهذا التداخل يثير التساؤل الخاص بما إذا كان الأشخاص المصابين ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين تماثلوا للشفاء من الإدمان تزيد فرصهم فى الامتناع عن استخدام المادة إذا تم علاجهم من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن طريق الأدوية ، ولكن هناك مخاطر

أيضاً فى حالة عدم علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأشخاص المتماثلين للشفاء من خطر الإدمان .

ويذكر كيللنر وآخرون .Kellner et al (2003) أنه فى عينة تكونت من 600 طفلاً يعانون من إعاقات فى اللغة أو الكلام كان 30 % منهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المصاحب لحالتهم المرضية ، وفى مجموعة أخرى مناظرة تعانى من صعوبات تعلم القراءة والكتابة ، وإجراء العمليات الحسابية البسيطة كان 63 % منهم يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مصاحب لحالتهم المرضية ، وهؤلاء الأفراد جميعاً يكونون فى خطر ملحوظ قد يعتريهم يتمثل فى ضعف الأداء الأكاديمى ، واضطراب التفاعل الاجتماعى ، وتدنى تقدير الذات .

ويرى هينشو Hinshaw (2000) أنه توجد نسبة تقدر بواحد لكل خمسة أو ستة أطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهر عجزاً واضحاً فى التعلم يتضح فى التفاوت الكبير فى الأداء الأكاديمى (فى القراءة عادة) ، وفى اختبارات الذكاء ، وعندما يرتبط هذا الاضطراب بعدم القدرة على التعلم فإن العلاج بالأدوية المنبهة التى يتم استخدامها مع هذه الحالات يسهل بعض الجوانب المرتبطة بالقدرة على التحصيل ، ولكن لا يغير من أوجه العجز الهامة أى الجوانب التى تشكل جزءاً من تعلم القراءة والكتابة الصحيحة ، وبالتالى فإن التدخلات السيكولوجية التى تستهدف بطريقة مباشرة المشكلات الأكاديمية تعتبر من الأولويات الرئيسية .

وهكذا ؛ يتضح أن التداخل الكبير بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وغيره من الأعراض المرضية النفسية يشير إلى

التحديات الكلينيكية الواضحة التى يظهرها الأطفال والمراهقون الذين يوجد لديهم هذه الصورة للأعراض المرضية المتعددة ؛ لذلك يجب على المهتمين بدراسة الاضطراب محاولة فهم الميكانيزمات المسئولة عن هذا الارتباط .

نقاط الضعف المصاحبة للاضطراب :

فى حالة وجود علامات دالة من الناحية الكلينيكية لا ضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن مجموعة الأعراض المرضية تصاحبها نقاط ضعف واضحة فى الجوانب المتعلقة بالأداء الوظيفى الضرورى لكفاءة النمو ، وهذا الضعف يكون واضحاً فى حالة الاضطرابات المشتركة أو المصاحبة للحالة :

- فى الحالات التى توجد فيها جوانب مشتركة لعدم القدرة على التعلم فإن الاضطراب يرتبط بشدة بالأداء الأكاديمى الردئ فى المدرسة ، كما يظهر فى التحصيل المنخفض الذى توضحه درجات الاختبارات وغيرها من المؤشرات الأخرى مثل وضع الأفراد فى فصول التربية الخاصة ، وارتفاع نسبة التسرب من التعليم (باركلى Barkley ، 1998) .
- المعدلات العالية للتفاعلات غير السوية بين الوالدين والطفل ، والتوتر والكرب اللذان يظهران بدرجة كبيرة على الوالدين ، وكذلك المعدلات العالية لحالات عدم الرضا بين الوالدين ، وارتفاع معدلات الطلاق فى الأسر التى بها طفل يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (باركلى Barkley ، 1998) ، وعلى الرغم من أن الاضطرابات السابقة ترتبط بتطور أعراض الاضطراب فإن أحد البحوث التى تناولت أسباب الاضطراب لدى الأسر القاطنة فى المدن أظهرت نسبة خطورة عالية ، وهذا يعنى أن المؤشرات السابق ذكرها والمتعلقة بالتوتر والكرب تنتج عن

الاضطراب وليس بالضرورى أن تنتج عن الأسباب ، وبصرف النظر عن اتجاه السهم السببى فإن التدخلات المثمرة فى حالة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يجب أن توجه اهتمامها وهدفها مباشرة إلى أنماط التفاعل الأسرية .

- ترتبط نقطة الضعف المدمرة إلى حد كبير جداً بعدم قدرة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على إقامة علاقات اجتماعية حميمة ، وذلك لأن هؤلاء الأطفال يمرون بمستويات عالية أو كبيرة للرفض والنبذ من جانب رفاقهم الذين يتساوون معهم فى العمر وذلك بعد فترات قصيرة من التفاعل أو التعامل معهم (إيرهاردت وهينشو Erhardt & Hinshaw ، 1994) ، كما ينظر إليهم بتجاهل من جانب رفاقهم أو زملائهم بمجرد التعامل معهم ، ونظراً لأن النبذ من جانب رفاقهم أو زملائهم ارتبط بطريقة م تكررة بنتائج رديئة طويلة الأمد مثل التسرب من المدرسة أو عدم مواصلة الدراسة ، وكذلك بالاضطرابات المتعلقة بالصحة النفسية فى مرحلة الرشد فلا عجب فى أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تم النظر إليه بدرجة قوية على أنه اضطراب مستمر له نتائج طويلة الأمد تتعلق بالجانب النمائى للشخصية الإنسانية ، والنبذ من جانب الرفاق يعتبر حالة عامة بالنسبة للأطفال الذين لديهم حالة مرضية مشتركة من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعدوانية وحتى فى غياب السلوك العدوانى فإن هؤلاء الأطفال يعانون من عدم التجاوب من رفاقهم (هينشو وآخرون .Hinshaw et al ، 1997) ، وكما هو الحال بالنسبة لنواحى الضعف المرتبطة بالبيت والمدرسة فإن المشكلات المتعلقة بالتفاعلات الاجتماعية ، وبالعلاقات مع الرفاق عند هؤلاء الأطفال هى

هدف أساسى لاستراتيجيات التدخل العلاجى .

- هناك نقطة ضعف أخرى ملحوظة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وهذا الضعف يرتبط بتعرض هؤلاء الأطفال للإصابات العارضة بما فى ذلك الحوادث التى تكون شديدة جداً كالسقوط الذى ينتج عنه كسور فى العظام ، أو إصابتهم فى حوادث السيارات ، أو ابتلاعهم لمواد سامة بطريقة عارضة ، وفى مرحلة المراهقة تنتشر حوادث السيارات بشكل عام بين هؤلاء الأطفال ، ويرى هينشو Hinshaw (2000) أن هذه الحوادث ترتبط ارتباطاً مباشراً بمشكلات عدم القدرة على التحكم فى الاندفاع ، ومن ثم فهناك تحدى آخر أمام المعالجين النفسيين يتمثل فى وضع البرامج العلاجية التى تقلل من حدة هذه الآثار المدمرة على الفرد بصفة خاصة ، وعلى أفراد المجتمع بصفة عامة .

وعلى العموم فإن نقاط الضعف الواضحة والخاصة ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتضح أهميتها فى أنها :

1- تساعد على التحقق من وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كاضطراب كلينيكى حقيقى له آثار مدمرة .

2- تؤكد على الحاجة إلى تطوير استراتيجيات التدخل الوقائى .

3- تلقى الضوء على الحاجة إلى طرح مبادرات تتعلق بالتوافق الاجتماعى وكيفية التعامل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب .

أسباب الاضطراب :

اتجهت البحوث والدراسات النفسية والتربوية لدراسة أسباب

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقدمت العديد من الأسباب والتفسيرات الكامنة وراء الاضطراب ، ومن هذه التفسيرات والأسباب ما يلى :

أ- الأسباب البيولوجية :

ينطوى المنحى البيولوجى على عدة تفسيرات منها :

1- التفسير الوراثى :

أسفرت سلسلة من الدراسات النمائية للتوائم التى أجريت فى التسعينيات من القرن الماضى عن وجود دليل على تقديرات عالية عن احتمال وجود عوامل وراثية مسئولة عن حدوث الاضطراب بمعدلات تتراوح من 70 % - 80 % (تاننوك Tannock ، 1998) ، وعلى الرغم من أن هذه التقديرات ربما تكون ضخمة فى بعض الحالات ، وذلك بسبب استخدام تقديرات للأعراض المرضية للاضطراب من قبل الأم ، إلى جانب أن هذه التقديرات ربما تحدث نتائج متناقضة وخاصة فى حالة التوائم المتماثلة .

وتشير البحوث الحديثة إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً فى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (هيكتمان Hechtman ، 1996) ، كما يؤكد عدد كبير من الباحثين على أن العوامل الوراثية من الدلالات المهمة على نشوء الاضطراب ، وهناك مجموعة من الدراسات التى بحثت فى العلاقة بين العوامل الوراثية و اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها دراسة أندرسون وآخرون .Anderson et al (1994) التى أوضحت نتائجها أن 20 % من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من النشاط الزائد أثناء طفولتهم وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك مضاد للمجتمع .

بينما أوضحت دراسة باركلى وبيدرمان Barkley & Biederman (1997) التى أجريت على أخوة وأخوات الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن سلوك النشاط الزائد أكثر انتشاراً بين أخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من الاضطراب .

كما أوضح كارنى Carney (2002) أن ما بين 55 % – 92 % من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بعوامل وراثية ، كذلك أشارت نتائج دراسة بلاكمان وهينشو Blachman & Hinshaw (2002) إلى تفشى أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين أفراد العائلات التى أجريت عليها الدراسة ، ودعم باركلى Barkley (2003) هذه النتيجة وأضاف أن هذا التفشى ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية .

وأظهرت نتائج دراسة المقارنة التى أجراها بيدرمان وآخرون Biederman et al. (1992) على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأقاربهم من الدرجة الأولى أنه يوجد ارتباط قوى بين معاناة هؤلاء الأقارب من القلق ، والاكتئاب ، والسلوك المضاد للمجتمع ، وبين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال .

هذا ؛ بينما أشار أرنولد وجينسين Arnold & Jensen (1995) إلى أن بعض حالات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تنتج عن قصور فى الجينات يعرف باسم عرض ضعف كروموسوم × Fragile x Syndrome ، وكذلك إدمان الأم للمشروبات الكحولية أثناء فترة الحمل ، وتعاطيها للأدوية بدون استشارة طبية أو قصور الغدة الدرقية .

والنتيجة المهمة هنا هى أن مثل هذه التقديرات للاحتمال الوراثى باستثناء ما أشار إليه أرنولد وجينسين Arnold & Jensen (1995) تتعلق بأبعاد الأعراض المرضية للاضطراب ولا تتعلق بالنمط التشخيصى فى حد ذاته ، فما يتجه أو يميل إلى أن يكون وراثياً هو القابلية لمجموعة السلوكيات المتعلقة بالاضطراب وليس الاضطراب ذاته ، والتضمين الكلينيكى المستمد من الطبيعة الوراثية القوية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو أن أقارب الدرجة الأولى (الأقارب البيولوجيين) للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون الأعراض الكلينيكية للاضطراب .

وعلى الرغم من ذلك فإن هناك بعض التأييد لفكرة أن هذا الاضطراب

عائلى بمعنى أن غالبية الأفراد الذين يعانون من الاضطراب غالباً ما يندرجون من أسر تعانى من الاضطراب (فاراون وآخرون .Faraone et al ، 1997) ، ويذكر السيد على وفائقة بدر (1999) نقلاً عن كابلان وآخرون .Kaplan et al أن 50 % تقريباً من الدراسات الحديثة أوضحت أن الأطفال المصابين بالاضطراب يوجد فى أسرهم من يعانى من الاضطراب ، وأن معدل انتشاره بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعاً لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم ، كما أن معدل انتشاره بين التوائم المتماثلة مرتفعاً عن انتشاره بين التوائم غير المتماثلة ، ويؤكد ذلك جمعة يوسف (2000) حيث يرى أن الأدلة المؤيدة لذلك اشتقت من عدة مصادر منها دراسة التوائم ، ودراسات التبنى ، ودراسات الأسرة ، وأنه تبين من دراسة أجريت على 238 زوجاً من التوائم تطابق التشخيص بلضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى 51 % من التوائم المتماثلة ، 33 % من التوائم غير المتماثلة .

كما أن الدراسات التى أجريت على التوائم والإخوة والأسر والأبناء بالتبنى أوضحت أهمية العوامل الوراثية فى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ؛ حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات وجود تماثل فى تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى 81 % من التوائم المتماثلة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة المتشابهة فى الجنس ، وأظهرت الدراسات التى أجريت على الأقارب من الدرجة الأولى (الأخوة والأبوين) للأفراد ذوى الاضطراب أن 25 % منهم يتم تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع 7 % فقط من أقارب الأفراد غير المصابين بالاضطراب ، وأن الأقارب بالتبنى للأفراد المصابين بالاضطراب أقل عرضة للإصابة بالاضطراب من أقارب الدرجة الأولى (أناستوبولس وباركلى

Barkley & Anastopoulos ، 1990) .

وهكذا ؛ يتضح من كل ما سبق أن العامل الوراثى يسهم فى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى حد كبير ، وفى محاولة لشرح العلاقة بين أوجه الشذوذ البيولوجى والمشكلات السلوكية يركز باركلى Barkley (1998) على ضعف المنع السلوكى Impaired Behavioral Inhibition والتحكم الذاتى Self - Control وهذا الضعف يتضح فى أربعة مجالات للأداء الوظيفى هى :

- الذاكرة العملية غير اللفظية .
- استدماج (استيعاب) الكلام الموجه للذات .
- التنظيم الذاتى للحالة المزاجية والدافعية ومستوى الإثارة .
- تركيب وتوليف سلوكيات جديدة موجهة أو هادفة .

فالمشكلات المتعلقة بالذاكرة تجعل الطفل يعانى من صعوبة تتبع الزمن أو تذكر التواريخ ، والاستدماج أو الاستيعاب الضعيف للإرشادات يعنى أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للإرشادات ويميلون إلى التحدث والثرثرة بدرجة زائدة عن الحد وينقصهم أو يعوزهم الإحساس بالسلوك الذاتى الذى تحكمه القواعد ، وكل هذا الضعف فى التنظيم الذاتى ينعكس على الحالة المزاجية والدافعية مما يجعل هؤلاء الأطفال يظهرون انفعالاتهم بدون رقابة ، ونظراً لأنهم غير قادرين على تنظيم دوافعهم فإنهم لا يستطيعون حل المشكلات أو إتيان سلوكيات جديدة هادفة .

2- التفسير العصبى :

يوجد اعتقاد بأن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينتج عن إصابة مخية طفيفة ؛ حيث يظهر الأطفال المصابون بالاضطراب

علامات عصبية توحى بوجود إصابة مخية ، فنقص نضج المخ يؤدى إلى انخفاض فى النشاط المخى خصوصاً فى الفص الأمامى للمخ (باركلى Barkley ، 2001) ، وقد يكون من المسببات البيولوجية حدوث تلف بالمخ نتيجة لتعرض دم الأم لمواد ضارة أثناء الحمل مثل التدخين أو تعاطى بعض الأدوية وخاصة المضادات الحيوية ، أو الولادة قبل الأوان والولادة العسرة التى ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأكسجين ومما يؤكد ذلك أن الأطفال المصابين بلضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من انخفاض نظام المنع أو الكف السلوكى للمخ Brain's Behavioral Inhibition System (كواى Quay ، 1989) .

وتضمن تقرير نشر عن المعهد القومى للصحة National Institute of Health بالولايات المتحدة الأمريكية صغر حجم القطاع الأمامى الأيمن من الدماغ وعدم تناسق نشاط الكتلة العصبية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالأطفال العاديين ، وأشار التقرير أيضاً أن الجزء الأيمن من المخ عند الأطفال العاديين يبدو أكبر من الجزء الأيسر ، وأن هذا التناسق لا يظهر لدى الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (رابوبورت Rapoport ، 1996) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الأفراد المصابين بالاضطراب يظهرون مستويات منخفضة من التمثيل الغذائى للناقلات العصبية Neurotransmitters التى تفرز مواد كيميائية فى المخ بشكل طبيعى مقارنة بالأسوياء ، وأن هذه الفروق تتركز فى اللحاء تحت الحركى ، واللحاء تحت الجبهى الذى يتحكم فى النشاط الزائد والانتباه ، وقد أدى استخدام العقاقير التى تنبه النشاط فى المناطق الكافة من المخ إلى خفض اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد وهو ما يدلل على التفسيرات السابقة (جمعة يوسف ، 2000) ، وقد أثبتت بعض العقاقير الطبية مثل الميثيل فينديت Methylphenidate (أو الريتالين Ritalin) والديكستر وأمفيتامين Dextroamphetamine (أو الديكسدرين Dexedrine) فاعلية كبيرة فى الحد من شدة الأعراض لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب مما يدلل أيضاً على التفسيرات السابقة ، كما أثبتت أيضاً أن شذوذ الفص الجبهى فى المخ وانخفاض نشاط المراكز العصبية المسئولة عن الربط بين مناطق المخ يؤدى إلى حدوث الاضطراب وقد يرجع هذا الشذوذ إلى إصابة فى المخ نتيجة حدوث صدمة فى الرأس أو إصابة بمرض أو التهاب (أرنولد Arnold ، 2000) ، وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن تلف المخ الناتج عن عدوى ميكروبية ، أو فيروسية أو الناتج عن التسمم بمادة الرصاص أو مكسبات الطعام الصناعية أو الناتج عن نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة قد يكون سبباً أيضاً فى حدوث الاضطراب (محمود حمودة ، 1998) .

ب- الأسباب النفسية :

توجد مجموعة من العوامل النفسية تؤدى إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها الضغوط النفسية ، والقلق ، والتوتر ، واضطرابات العلاقات الأسرية ، ويذكر جمال الخطيب (1992) أن الضغوط النفسية والإحباطات الشديدة من العوامل النفسية التى تسهم فى حدوث الاضطراب ، ويؤكد ذلك محمد على كامل (1996) حيث يرى أن اضطراب نقص الانتباه الناتج عن الإحباط العاطفى سرعان ما يختفى بزوال العوامل المحيطة مثل الضغوط النفسية ، واضطراب التوازن العائلى أو العوامل المؤدية إلى التوتر ، واستناداً إلى ما نعرفه الآن عن بيولوجيا اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد فإن النظريات الحديثة تستند إلى وجهة النظر السيكولوجية العصبية ، ويرى كواى Quay (1989) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينتج عن إعاقة أو ضعف فى نظام الكف السلوكى Behavioral Inhibition System الذى يستند على الناحية العصبية .

وفى تفضيل أو إسهاب مكثف لنفس الموضوع يرى باركلى Barkley (1995) أن العجز فى الكف السلوكى يكون هاماً فى فهم أوجه العجز أو الخلل المعرفية السلوكية والاجتماعية التى تنشأ عن الاضطراب ، ويتمشى ذلك مع ما ذكره سيرجنت Sergeant (1995) من أن اضطرابات الكف السلوكى على رأس قائمة المشكلات الخاصة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

جـ- الأسباب البيئية :

تلعب العوامل البيئية دوراً كبيراً فى حدوث الاضطراب ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ لحظة اندماج الحيوان المنوى مع البويضة (لحظة الإخصاب) كما يمتد تأثير هذه العوامل أثناء وبعد عملية الولادة فتعرض الأم أثناء فترة الحمل للأشعة السينية أو أشعة X ، أو تناولها للأدوية وخاصة المضادات الحيوية خلال الثلاث شهور الأولى للحمل ، أو تعاطيها للمخدرات أو الكحوليات أو إصابتها ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية أو الزهرى أو السيلان أو نقص الرعاية الجسمية والنفسية كل ذلك يؤدى إلى احتمال تعرض الجنين لحدوث تلف فى المخ أو فى الجهاز العصبى المركزى أو فى المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه ، كما أن الولادة العسرة أو الطويلة قد تؤدى إلى نقص الأكسجين الواصل إلى مخ الجنين مما يعرضه لتلف بعض خلاياه ، كما

أن الولادة باستخدام الآلات الحديدية مثل الجفت والشفاط تؤدى إلى تلف بعض خلايا المخ وخاصة إذا كان الطبيب غير متمرس على استخدام هذه الأدوات ، ويؤدى تعرض الطفل للحوادث وخاصة إذا ارتطمت رأسه بشدة بالأرض إلى حدوث الاضطراب .

ويؤكد ذلك فارون وآخرون .Farone et al (1997) حيث يرون أن هناك عوامل أخرى بالإضافة إلى العوامل الوراثية التى تسهم فى حدوث الاضطراب منها مضاعفات الولادة ، والتلف المخى المكتسب ، والتعرض لمواد سامة ، وكذلك الأمراض المٌعدية .

ويرى فان دير كرول وآخرون .van der Krol et al (1998) أن الظروف البيئية السيئة يمكن أن تزيد الأعراض المرضية للاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لا يبدو واضحاً ما إذا كان سلوك الوالدين ينبغى النظر إليه كسبب أو كرد فعل للسلوك المضطرب للطفل ، وعادة فإن هناك عوامل مختلفة متعددة تتفاعل مع أى طفل مصاب بالاضطراب .

وتساهم عوامل الخطر البيولوجية الأخرى بدرجة أساسية فى حدوث الاضطراب ، وتتضمن عوامل الخطر هذه التدخين ، وتعاطى الأم للخمور وغيرها من المنشطات النفسية التى تؤدى إلى انخفاض وزن الطفل عند الميلاد (وزن أقل من 2.5 كجم) ، وهذه المجموعة من عوامل الخطر تجعل من المحتمل التعرض للأعراض المرضية المتعلقة ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فيما بعد (تاننوك Tannock ، 1998) .

وعلى الرغم من وجود عدد قليل من النظريات المتعلقة بالعوامل البيئية التى تم اقتراحها لتفسير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا

أن هذه النظريات لم تلق التأييد الكبير فى مجموعة المؤلفات البحثية ، وبالتالى فإن الإدعاء بأن الرعاية الوالدية السيئة والبيئات الأسرية التى تتسم بالفوضى تعد سبباً من أسباب حدوث الاضطراب لم يلق تأييداً كبيراً ، وعندما يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين الأطفال الذين ينحدرون من هذه الأسر فإن آباء هؤلاء الأطفال يكون لديهم تاريخ مرضى فى الطفولة والكبر يدل على وجود الاضطراب ، وإذا كان الأمر كذلك فإن ذلك سيساعد على شرح السبب فى أن بيوتهم من المحتمل أن تكون بيوتاً فوضوية ، وفى نفس الوقت يقدم دليلاً للتفسير الوراثى لحالة الطفل الذى يعانى من الاضطراب ، وفى ظل هذا السيناريو المتشابهة فإن الفوضى المنزلية ربما ينظر إليها حينئذ على أنها من العوامل التى تؤدى إلى تفاقم المشكلة أو زيادة الأمر سوءاً وليست سبباً لحدوث الاضطراب لدى الطفل .

د- الأسباب الكيميائية :

يرى عدد كبير من الباحثين أن اختلال التوازن الكيميائى للناقلات العصبية بالمخ التى تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ يؤدى إلى اضطراب نقص الانتباه مما يضعف من قدرة الفرد على الانتباه والتركيز ، وبالتالى يزداد نشاطه الحركى واندفاعيته ، وأن الدوبامين Dopamine هو المسئول عن حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدليل أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز الدوبامين مما يؤدى إلى زيادة هرمون الأدرينالين الذى تفرزه الغدة الكظرية والذى يعمل على كبح جماح السلوك (ستين وآخرون .Stein et al ، 1995) .

ويوجد إجماع على أن عدم التوازن الكيميائى العصبى يلعب دوراً حيوياً فى حدوث الأسباب المرضية ، فعلى وجه التحديد ربما يكون هناك أوجه للشذوذ فى نظام أو أكثر من النظم المتعلقة بالخلية العصبية المفرزة لأحادى الأمين Monoaminergic Systems التى تتضمن إما ميكانيزمات أو طرق عمل الدوبامين Dopamine أو النورإبنفرين Norepinephrine (زاميتكن ورابوبورت Zametkin & Rapoport ، 1986) ، ومركز هذا الخلل الوظيفى يقع فى مقدمة الفص الجبهى للمخ أو المنطقة الأمامية الجبهية للمخ Prefrontal - Limbic Areas of the Brain (لو وآخرون .Lou et al ، 1989) .

وبالنسبة للغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص لانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن مثل هذه الظروف العصبية تنشأ من عوامل فطرية أو خلقية تتضمن النقل الجينى أو الوراثى ، والحمل ، ومضاعفات الولادة (بيدرمان وآخرون .Biederman et al ، 1987 ؛ دويتش Deutsch ، 1987 ؛ إيديلبروك Edelbrock ، 1995) ، وبالنسبة لعدد قليل نسبياً من الأطفال الذين ينطبق عليهم هذا التشخيص فإنه يمكن أن يكون سبب الاضطراب حدوث إصابة بالرأس ، أو مرض عصبى ، أو المضاعفات الناتجة عن تزايد نسبة الرصاص أو المضاعفات البيولوجية الأخرى (روس وروس Ross & Ross ، 1982) ، وإحدى وجهات النظر التى تلقت قدراً كبيراً من الاهتمام اقترحت أن الاضطراب يحدث نتيجة لعوامل تتعلق بالغذاء ولاسيما المواد الصناعية التى تضاف للأغذية لإعطائها لوناً أو نكهة خاصة .

وهكذا ؛ يتضح أن الكلينيكيين ينظرون إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أن له أسباب متعددة ومتداخلة مع بعضها إلى حد كبير .

هـ- الأسباب الثقافية والاجتماعية :

بالإضافة إلى الأسباب السابقة فإن التأثيرات الثقافية والاجتماعية تلعب دوراً فى تفاقم الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فمعظم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب نشأوا فى بيئات أسرية مضطربة (بيدرمان وآخرون .Biederman et al ، 1995) ، وهناك بعض الدلائل التى تشير إلى أن البيئة الأسرية لها تأثير واضح فى نشوء الاضطراب فاقترحت إحدى الدراسات أن المشكلات التى تحدث بين الوالدين تؤدى إلى حدوث الاضطراب بين الأبناء ، يضاف إلى ذلك أن تربية طفل يعانى من الاضطراب يكون أكثر صعوبة من تربية طفل عادى لا يعانى من الاضطراب ، وهذا الضغط الواقع على الأسرة يمكن أن يؤدى إلى حدوث اضطرابات عائلية ، وبالمثل فإن التجارب الفاشلة للطفل فى المدرسة يمكن أن تكون النتيجة وليست السبب فى حدوث الاضطراب .

و- التنشئة الاجتماعية :

بسبب التأكيد فى الآونة الأخيرة على الإسهامات البيولوجية المسئولة عن حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرى عدد كبير من الباحثين فى هذا المجال أن التنشئة الاجتماعية الوالدية المبكرة لا تتعلق بالمظاهر السلوكية ذات العلاقة بالاضطراب ، وهذا الاعتقاد يكشف عن عدم فهم طبيعة الاحتمال الوراثى ، فالميول المزاجية المبكرة التى تكون موروثة تتفاعل وتتجاوب مع بيئة التنشئة

الاجتماعية الأولية لتحدث دلالات أو علامات معينة ؛ لذلك فإن ملاءمة مزاج أو طبع الوالدين لم يحظ بالدراسة الكافية رغم أنه متغير مهم جداً فى تكوين أو نشأة الاضطراب ، كما أن البحوث التى تناولت الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أوضحت أن اتجاهات وممارسة الوالدين الخاطئة لها علاقة بنواحى الضعف لدى الأولاد والفتيات الذين يعانون من الاضطراب ، فعلى سبيل المثال أوضح أندرسون وآخرون .Anderson et al (1994) أن درجة سلبية وعداوة الأم الموجهة نحو طفلها الذى يعانى من اضطراب نقص الانتباه لمصحوب بالنشاط الزائد أظهرت مستويات عالية من السلوك الظاهرى المعادى للمجتمع (السرقة) ، كما وجد هينشو وآخرون .Hinshaw et al (1997) أن أسلوب الأمهات فى التربية الذى يعتمد على الدفء والتشجيع على الاستقلالية يزيد بدرجة كبيرة من التفاعلات السلوكية الإيجابية كما يساعد أيضاً على أن يكون عامل حماية ضد النبذ أو الرفض من جانب الرفاق لدى العينة التى تعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

باختصار يمكن القول بأنه رغم الأسس البيولوجية القوية لا ضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن التنشئة الاجتماعية الأسرية غير السوية تعتبر على قدر كبير من الأهمية فى تشكيل الحالة المرضية المشتركة للعدوان والسلوك المضاد للمجتمع .

النظريات التى تفسر أسباب الاضطراب :

السبب المحدد أو الدقيق لا ضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مازال غير معروفاً ، ولكن النظريات السائدة تشمل عدداً من الأسباب

كالعوامل الجينية أو الوراثية ، والحالات العصبية البيولوجية ، والعوامل المتعلقة بالأغذية ، ونقص التغذية ، والتأثيرات البيئية أو السامة (الإفرازات السُمية) ، ومن النظريات التى تفسر أسباب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ما يلى :

أولاً : النظريات الجينية Genetic Theories

مؤدى هذه النظريات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم معدل منخفض بطريقة غير عادية لنشاط أجزاء معينة من المخ تكون مسئولة عن التحكم الحركى والانتباه ، ومع ذلك فمصدر هذه العيوب العصبية غير أكيد ، وتفترض هذه النظريات وجود عيوب فى أيض الدوبامين Dopamine والنورإبنيفرين Norepinephrine (كلارك وآخرون Clarke et al. ، 2002) ، ولقد بينت الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد وجود علاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وبين الجين الناقل للدوبامين Dopamine DRD_4 Receptor Gene وهذا الجين أظهر تكراراً متزايداً لدى الخاضعين للدراسة الذين يعانون من الاضطراب ، ومعظم هذه النظريات تؤكد على أن إصابة المخ ، وتعرض الجنين للمواد السامة الناتجة عن التلوث البيئى يؤدى إلى تعرض الطفل للاضطراب .

- الدراسات الأسرية :

أوضحت نتائج الدراسات العديدة التى أجريت فى هذا الصدد ما يلى :

أ - أنه من 10 % - 35 % من أفراد عائلات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يوجد لديهم الاضطراب .

ب – أن خطورة تعرض أخوة الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تصل إلى 32 % .

جـ– أنه توجد معدلات عالية للنشاط الزائد لدى الوالدين البيولوجيين للأطفال المصابين بالاضطراب .

د– انتشار الاضطراب بين التوائم المتماثلة بنسبة 80 % – 90 % ، ولدى التوائم غير المتماثلة بنسبة 20 % – 30 % .

– **العوامل البيئية وغيرها من العوامل المحتملة :**

يقدم عدد كبير من الباحثين حججاً على أن الضغط أو التوتر وسوء التغذية أثناء فترة الحمل يجعل الطفل بعد ميلاده أكثر حساسية ، وأكثر قابلية للتعرض للمشكلات النمائية ، كما أن تناول الأم للمشروبات الكحولية أثناء فترة الحمل له علاقة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهناك بعض العوامل البيئية الأخرى التى تسهم فى حدوث الاضطراب مثل الإصابات أو العدوى فى الجهاز العصبى المركزى ، والإضافات الصناعية للأطعمة .

– **التدخين ، وارتفاع نسبة السكر فى الدم ، وتناول الوجبات الغنية بالمواد الكربوهيدراتية أثناء الحمل** له علاقة بالمشكلات السلوكية لدى الأطفال فى سنواتهم المبكرة ، فالتدخين مثلاً يخفض مستوى الأكسجين فى الدم ، ومن المعروف أن الأكسجين مهم جداً لنمو خلايا مخ الجنين ، كما أن الوجبات الغنية بالمواد الكربوهيدراتية والسكرية تخفض أيضاً مستوى الأكسجين فى الدم ، ومن المهم جداً للأم الحامل أن تتخلص من عادة التدخين ، وتتجنب الإفراط فى تناول الأطعمة الغنية بالمواد الكربوهيدراتية والسكرية لكى تساعد على ضبط مستوى الأكسجين فى الدم حتى تضمن نمواً صحياً للجنين وتمنع حدوث

الاضطرابات السلوكية لأطفالها .

- **التسمم الناتج عن الرصاص ، واضطراب إفراز الغدة الدرقية :**

يُعد التسمم الناتج عن الرصاص ، واضطراب إفراز الغدة الدرقية من الأسباب الرئيسية لحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال ؛ لذلك يجب وضعهما فى الاعتبار عند تشخيص الاضطراب .

- **نقص التغذية :**

نقص الأغذية الغنية بالأحماض الدهنية خاصة Omega - 3 ، له علاقة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

- **اضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل :**

اضطراب التفاعل بين الوالدين والطفل له تأثير على نمو اضطراب التحدى والمعارضة الذى يعتبر حالة مرضية مشتركة مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن الأطفال الذين لديهم استعداد مسبق للإصابة ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتعرضون للإصابة بهذا الاضطراب بعد الأحداث الحياتية العنيفة والمسببة للتوتر والصدمة .

وتشمل العوامل البيئية المرتبطة بالا ضطراب أيضاً الوزن المنخفض عند الولادة ، والهيبوزيا Hypozia (النقص الشديد فى الأكسجين عند الولادة) ، وتعرض الرحم للعديد من الإفرازات السمية الناتجة عن تعاطى الكوكايين والنيكوتين ، كما أوضحت نتائج عديد من الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد وجود مجموعة من العوامل

التى تسهم فى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها :

- نقص الكالسيوم .
- ارتفاع نسبة النحاس فى الدم .
- نقص الحديد (يسبب قصور الانتباه) .
- نقص المنجنيز (يسبب التململ والقلق وعدم الارتياح وحدوث صعوبات التعلم) .
- سوء التغذية بصفة عامة يرتبط بحدوث صعوبات التعلم .
- الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة لديهم أيض شاذ للزنك والنحاس حيث تكون نسبة الزنك منخفضة فى الدم ، ونسبة النحاس عالية .
- نقص اليود أيضاً يؤدى إلى حدوث صعوبات التعلم .
- تعاطى الأم للكوكايين أثناء الحمل يؤدى إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

نظرية التفكك Theory of Disintegration

صاغ هذه النظرية دابرويسكى Dabrowski عام 1960 وتؤكد هذه النظرية على أن الأفراد الذين لديهم إثارة مفرطة Overexcitability يبالغون فى ردود أفعالهم تجاه البيئة فى النواحى التالية :

- النواحى النفس حركية .
- الانقياد للشهوة الجنسية .
- التخيل .

- السلوك الذهنى أو العقلى .
- العلاقات العاطفية التى تشمل العلاقات العميقة أو الحميمة .
- الانزعاج من الموت .
- الاكتئاب .
- تقدير الذات .
- الحاجة إلى الأمان .
- الخجل .
- الاهتمام بالآخرين والقلق عليهم .

وهذه العلامات أو الملامح شائعة لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

نظرية المخ الأيسر / المخ الأيمن Left – brain / Right - brain Theory

يرى مؤيدوا هذه النظرية أن الأطفال المصابين بلضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يستخدمون الجانب الأيمن من المخ فى تشغيل المعلومات وفى اتباعهم لأساليب التعلم ويظهرون ميلاً أو اتجاهاً بأن يكونوا متعلمين حركيين ، وكثيراً من المدارس التقليدية تؤيد هذه الفكرة وترى أن الأشخاص الذين يستخدمون الجزء الأيسر من المخ فى تشغيل المعلومات يكونون مفكرين منطقيين ، ومتعلمين سمعيين وبصريين ، بينما الأطفال الذين يسيطر عليهم الجزء الأيمن من المخ لا يتلاءمون بالمثل ، ويتعرضون للعديد من المشكلات ، ولأن هؤلاء المتعلمين يعتبرون متعلمين لمسيين Tactile Learners فربما يحاولون بطريقة تلقائية استخدام حاستهم فى اللمس بالتقاط القلم الرصاص ولمس الشخص الجالس أمامهم أو بوضع أيديهم فى جيوبهم ، وفى أغلب الأحيان يساء فهم هؤلاء الأطفال على أنهم من مثيرى الشغب أو

المسببين للمشكلات ، كما يرى مؤيدو هذه النظرية أيضاً أن توفير المساعدة البسيطة مثل تزويد الطفل بكرة مطاطية لكى يستخدمها فى شغل حاسة اللمس أثناء استماعه للشرح من المعلم أو القراءة أو الكتابة ، ويعتقدون أن عمل ذلك ربما يزيد من التعلم السمعى والبصرى إلى جانب تقليل السلوك غير المقبول فى حجرة الدراسة ، ويقترح أصحاب هذه النظرية أنه على الوالدين أن ينادوا على الطفل أولاً قبل أن يوجهوا إليه أى توجيهات فنظراً لأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أطفالاً لمسيين ربما لا يحسون بنداء الوالدين لهم أو لا تشغلهم المصادر السمعية ؛ لذلك يجب على الوالدين لمس الطفل من ذراعه أو كتفه وبعد أن يستجيب لهما يقدما له التوجيهات اللفظية لكى يساعدوه على تشغيل أو هضم المعلومات بطريقة كافية .

وصف القائمة :

أعد هذه القائمة جا دو وسبرافكين Gadow & Sprafkin (1997) بهدف التأكد من الأعراض المرضية السلوكية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحد ى والمعارضة ، والقائمة عبارة عن مقياس تصفية للتأكد من الأعراض المرضية السلوكية المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحد ى والمعارضة بمعنى أنها وسيلة فعالة لتقدير أوجه السلوك المرتبطة ب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحد ى والمعارضة ، وتعد هذه القائمة بديلاً للمقابلات الشخصية الطبية النفسية التى تعتبر طويلة إلى حد كبير ومستهلكة للوقت ، وعلى الرغم من أن الأعراض المرضية المدرجة بالقائمة تستند على الـمعايير التشخيصية المحددة بـالدليل التشخيصى

والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM - IV) إلا أن العبارات التى تصف الأعراض المرضية أعيد صياغتها بحيث تكون سهلة ومفهومة للوالدين والمعلمين أثناء التطبيق ، والأعراض السلوكية المتضمنة فى القائمة هى الأعراض السلوكية الأكثر انتشاراً لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، وتتضمن القائمة أربعة مقاييس فرعية هى :

- **مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :**

يتكون هذا المقياس من 18 عبارة تقيس الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب .

- **مقياس اضطراب التحدى والمعارضة :**

يتكون هذا المقياس من ثمان عبارات تقيس الأعراض السلوكية المميزة لاضطراب التحدى والمعارضة .

- **مقياس الصراع بين الرفاق :**

يتكون هذا المقياس من 10 عبارات تصف التصرفات العدوانية اللفظية والجسمية الموجهة نحو الأطفال الآخرين ، ودرجات هذا المقياس ترتبط بالملاحظة المباشرة للسلوك الذى يدل على العدوان غير البدنى وعدم الامتثال فى حجرة الدراسة ، وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن إجابات كلٍ من الوالدين والمعلمين على هذا المقياس تعد مؤشراً حساساً بدرجة عالية لنتائج أو تأثيرات الأدوية المنبهة .

- **مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة :**

ويتكون هذا المقياس من 13 عبارة تقيس الآثار الجانبية المترتبة على تناول الأدوية المنبهة ، ومما يجب الإشارة إليه أنه لا يجب أن يساء فهم

إدماج هذا المقياس ضمن القائمة على أنه موافقة أو تأييد لهذا الشكل من أشكال العلاج ، ولكنه مجرد طريقة مقننة لتقدير الآثار الجانبية لاستخدام العلاج الدوائى .

تعليمات التطبيق :

يتم تطبيق القائمة بواسطة المعلمين أو الوالدين أو الأخصائيين النفسيين أوغيرهم من الأفراد الذين لديهم معرفة كبيرة بسلوك المفحوص أو الذين تتاح لهم فرصة كبيرة لملاحظته ، ويمكن استخدام القائمة فى البيت وفى المدرسة ، وعند تطبيق القائمة فى البيئة المدرسية يجب أن يتم ذلك من خلال الأخصائى النفسى أو بواسطة أحد المعلمين بتوجيه وإشراف الأخصائى النفسى ، وللتقليل من تحيز الاستجابة من جانب الأشخاص القائمين بالتطبيق يجب على الأخصائى النفسى أن يوضح للمدرسين أو الوالدين أو الأشخاص القائمين بعملية التقدير أن القائمة أداة لتقدير بعض الأنماط السلوكية التى ترتبط بالتوافق المدرسى ، والوقت اللازم لتطبيق القائمة لا يستغرق أكثر من عشر دقائق فى معظم الحالات ، وعلى المُقدر أن يقرأ فقرات القائمة مرتين على الأقل قراءة جيدة وأن يفكر فى العبارات قبل الإجابة عليها ، ومن الممكن تطبيق القائمة فى جلسة واحدة ، ونظراً لأن كل مقياس فرعى من المقاييس الفرعية المكونة للقائمة يُعد مقياساً مستقلاً فمن الممكن تطبيق كل مقياس فرعى فى جلسة مستقلة .

طريقة التصحيح :

تم وضع تعليمات بسيطة للقائمة تتضمن الإجابة على كل عبارة من عبارات القائمة تبعاً لبدائل أربعة أبداً ، أحياناً ، كثيراً ، دائماً ، وقد وضعت

لهذه الاستجابات أوزان متدرجة أبداً (صفر) ، أحياناً (1) ، كثيراً (2) ، دائماً (3) ، والدرجة المرتفعة على كل مقياس فرعى تشير إلى وجود الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب والعكس صحيح .

صدق القائمة :

تم حساب صدق القائمة باستخدام الطريقتين الآتيتين :

1- الصدق التلازمى :

تم التحقق من الصدق التلازمى للقائمة بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التى حصل عليها عينة من التلاميذ (ن = 50) على الأبعاد الفرعية للقائمة الحالية ، وبين درجاتهم على الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إعداد مجدى الدسوقى (2004) ، والجدول التالى يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (1)

معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على الأبعاد الفرعية لقائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبين درجاتهم على الأبعاد الفرعية لمقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

	أبعاد مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

		النشاط الزائد	الاندفاعية	نقص الانتباه
الأبعاد الفرعية للقائمة	اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	*0.684	*0.718	*0.845
	اضطراب التحدى والمعارضة	*0.731	*0.811	*0.821
	مقياس الصراع بين الرفاق	*0.635	*0.643	*0.724
	مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة	*0.611	*0.543	*0.601

(*) دال عند مستوى 0.01 .

يتضح من جدول (1) ارتباط المقاييس الفرعية لقائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقاييس الفرعية لمقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مما يشير إلى توافر شرط الصدق بالنسبة للقائمة .

2- الصدق التمييزى :

تم إجراء المقارنة الطرفية بين متوسط درجات التلاميذ الذين حصلوا على درجات مرتفعة على المقاييس الفرعية لقائمة تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومتوسط درجات نظرائهم الذين حصلوا على درجات منخفضة على نفس المقاييس الفرعية (ن = 100) وذلك بحساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى 25 % ، ودرجات أدنى 25 % فبلغت النسبة الحرجة 16.95 بالنسبة للمقياس الفرعى لتقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ، 8.75 بالنسبة للمقياس الفرعى لاضطراب التحدى والمعارضة ، 6.51 بالنسبة للمقياس الفرعى للصراع بين الرفاق ، 7.23 بالنسبة للمقياس الفرعى للآثار الجانبية للأدوية المنبهة ، وهذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، مما يشير إلى قدرة القائمة على التمييز بين

الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، والأفراد الذين لا يعانون من الاضطراب ، والجدول التالى يوضح نتائج هذه المقارنة .

جدول (2)

النسبة الحرجة لدلالة الفرق بين متوسط درجات التلاميذ الواقعين ضمن أعلى 25% ، ومتوسط درجات نظرائهم الواقعين ضمن أدنى 25% على قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

المقياس الفرعى	مجموعات المقارنة	ن	م	ع	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	أعلى 25 %	25	43.12	5.17	16.95	0.01
	أدنى 25 %	25	22.10	3.21		
اضطراب التحدى والمعارضة	أعلى 25 %	25	16.11	3.15	8.75	0.01
	أدنى 25 %	25	9.02	2.41		
الصراع بين الرفاق	أعلى 25 %	25	15.22	3.21	6.51	0.01
	أدنى 25 %	25	9.17	3.25		
الآثار الجانبية للأدوية المنبهة	أعلى 25 %	25	9.25	2.04	7.23	0.01
	أدنى 25 %	25	5.13	1.91		

ثبات القائمة :

تم حساب ثبات القائمة باستخدام الطريقتين الآتيتين :

1- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق القائمة على عينة من التلاميذ (ن = 50) ثم أعيد تطبيقها مرة أخرى على المجموعة نفسها بفاصل زمنى قدره ثلاثة أسابيع ، وتم حساب

معامل الارتباط بين درجات التلاميذ على الأبعاد الفرعية للقائمة فى التطبيقين الأول والثانى ، والجدول التالى يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (3)

معاملات ثبات الأبعاد الفرعية لقائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بطريقة إعادة الإجراء

المقاييس الفرعية للقائمة	مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	مقياس اضطراب التحدى والمعارضة	مقياس الصراع بين الرفاق	مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة
مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	*0.923			
مقياس اضطراب التحدى والمعارضة		*0.942		
مقياس الصراع بين الرفاق			*0.893	
مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة				*0.794

(*) دال عند مستوى 0.01 .

يتضح من جدول (3) أن معاملات الارتباط الناتجة (معاملات الثبات) دالة عند مستوى 0.01 مما يشير إلى توافر شرط الثبات بالنسبة للقائمة .

2- طريقة كرونباخ (معامل ألفا) :

تم تطبيق القائمة على عينة من التلاميذ (ن = 50) واستخدم أسلوب كرونباخ فى التحقق من ثبات القائمة ، وفيما يلى جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (4)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لقائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

المقاييس الفرعية للقائمة	معامل ألفا	مستوى الدلالة
مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	0.921	0.01
مقياس اضطراب التحدى أو المعارضة	0.893	0.01
مقياس الصراع بين الرفاق	0.952	0.01
مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة	0.893	0.01

يتضح من جدول (4) أن معاملات الثبات الناتجة دالة عند مستوى 0.01 مما يشير إلى أن القائمة تتمتع بقدر طيب من الثبات .

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١ -جمال الخطيب (1992) . تعديل سلوك الأطفال المعوقين " دليل الآباء والمعلمين " . عمان : دار إشراق للنشر والتوزيع .

2- جمعة سيد يوسف (2000) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

3- زكريا أحمد الشربينى (1994) . المشكلات النفس ية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربى .

4- السيد على سيد أحمد ، فائقة محمد بدر (1999) . اضطراب الانتباه لدى الأطفال " أسبابه وتشخيصه وعلاجه " . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

5- صلاح أحمد مراد (2000) . الأساليب الإحصائية فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

6- عبد العزيز السيد الشخص (1984) . مقياس ن - ز للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال . بحوث ودراسات فى المشاكل السلوكية للأطفال . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 7 ، الجزء 1 ، ص ص 97 - 128 .

7- عبد العزيز السيد الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (1999) . تربيه الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول . العين : دار الكتاب الجامعى .

8- عبد الرقيب أحمد البحيرى ، عفاف محمد عجلان (1997) . مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم " كراسه التعليمات " . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

9- فتحى مصطفى الزيات (2002) . المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم : قضايا التعريف والتشخيص والعلاج . القاهرة : دار النشر للجامعات .

10- فيولا الببلاوى (1990) . مشكلات السلوك عند الأطفال : نماذج من البحوث فى تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

11- كمال سالم سيسالم (2001) . اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة " خصائصها – وأسبابها – وأساليب علاجها " . العين : دار الكتاب الجامعى .

12- مارينى ميركولينو و آخرون (ترجمة) عبد العزيز السرطاوى ، أيمن خشان (2003) . اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة : دليل عملى للعياديين . دبى : دار القلم للنشر والتوزيع .

13- مجدى محمد الدسوقى (2004) . فاعلية برنامج إرشادى فى تخفيف حدة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقلياً القابلين للتعلم . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد 28 ، الجزء 4 ، ص ص 211 – 298 .

14- محمد على كامل (1996) . سيكولوجية الفئات الخاصة . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

15- محمود عبد الرحمن حموده (1998) . الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج (ط2) . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

16- American Psychiatric Association (2000) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (*4th ed.*,Text Revision) . Washington, DC : Author .

17- American Psychiatric Association (1994) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (*4th ed.*) . Washington, DC : Author .

18- American Psychiatric Association (1987) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (*3 rd ed. Rev.*) . Washington, DC : Author .

19- Anastopoulos, A. D. (1999) . Attention – deficit / hyperactivity disorder. In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker (Eds.), *Child and adolescent psychological disorders : A comprehensive textbook* (*pp. 98 - 117*) . New York : Oxford University Press .

20- Anastopoulos, A. D., & Barkley R. A. (1990) . Counseling and training parents. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder* **:** *A handbook for diagnosis and treatment* (*pp. 397 - 431*) . New York : The Guilford Press .

21- Anderson, C. A. ; Hinshaw, S. P., & Simmel, C. (1994) . Mother - child interactions in ADHD and comparison boys : Relationships with overt and covert externalizing behavior . *Journal of*

Abnormal Child Psychology, Vol. 22, PP. 247 - 265 .

22- Angello, L. M. ; Volpe, R. J. ; DiPerna, J. C. ; Gueasko - Moore, S. P. ; Gureasko - Moore, D.P. ; Nebring, M. R., & Ota, K. (2003) . Assessment of attention deficit hyperactivity disorder : An evaluation of six published rating scales . *School Psychology Review, Vol. 32, PP. 241 - 262 .*

23- Arnold, L. E (2000) . Methylphenidate vs. amphetamine : Comparative review . *Journal of Attention Disorders, Vol. 4* (*1*) *, P. 64 .*

24- Arnold, L. E., & Jensen, P. S. (1995) . Attention deficit disorders . In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (*pp. 2295 - 2310*) . Baltmore : Williams & Williams .

25- Ball, J. D. ; Tierman, M. ; Janusz, J., & Furr, A. (1997) . Sleep patterns among children with attention - deficit hyperactivity disorder : A reexamination of parent perceptions . *Journal of Pediatric Psychology, Vol. 22, PP. 389 - 398 .*

26- Barkley, R. A. (2003) . Issues in the diagnosis of attention - deficit / hyperactivity disorder in children . *Brain & Development, Vol. 25, PP. 77 - 83 .*

27- Barkley, R. A. (2001) . The inattentive type of ADHD as a distinct disorder : What remains to be done . *Clinical Psychology* : *Science and Practice, Vol. 8, PP. 489 - 493 .*

28- Barkley, R. A. (1998) . *Attention - deficit / hyperactivity disorder* : *A handbook for diagnosis and treatment* (*2nd ed.*) **.** New York : The Guilford Press .

29- Barkley, R. A. (1995) . *Behavioral inhibition and executive functions* **:** *Constructing a unified theory of ADHD* **.** New York : The Guilford Press .

30- Barkley, R. A. (1990) . *Attention deficit hyperactivity disorder* **:** *A handbook for diagnosis and treatment* **.** New York : The Guilford Press .

31- Barkley, R. A. (1985) . The social interactions of hyperactive children : Developmental changes, drug effects, and situational variation. In R. McMahon & R. Peters (Eds.), *Childhood disorders* : *Behavioral -developmental approaches* (*pp. 218 - 243*) . New York : Brunner / Mazel .

32- Barkley, R. A., & Biederman, J. (1997) . Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, PP. 1204 - 1210* .

33- Barkley, R. A. ; Fletcher, K. ; Fischer, M., & Smallish, L. (2003) . Does the treatment of attention – deficit / hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use / abuse ? . A 13-year perspective study . *Pediatrics, Vol. 111*(*1*), *PP. 97 - 110* .

34- Barkley, R. A. ; Edwards, G. ; Laneri, M. ; Fletcher, K., & Metevia, L. (2001) . Executive functioning temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29, PP. 541 - 556* .

35- Barkley, R. A. ; Shelton, T. L. ; Crosswait, C. ; Moorehouse, M. ; Fletcher, K. ; Barrett, S. ; Jenkins, L., & Metevia, L. (2000) . Multi - method psycho - educational intervention for preschool

children with disruptive behavior : Preliminary results at post – treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 41(3), PP. 319 - 332* .

36- Barkley, R. A. ; Guevremont, D. C. ; Anastopoulos, A. D. ; DuPaul, C. J., & Shelton, T. L. (1993) . Driving - related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults : A 3 - to 5 year follow up survey . *Pediatrics, Vol. 92, PP. 212 - 218* .

37- Barnett, S. R., & Labellarte, M. J. (2002) . Practical assessment and treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder . *Adolescent Psychiatry, Vol. 26, PP. 181 - 215* .

38- Barry, T. D. ; Lyman, R. D., & Klinger, L. G. (2002) . Academic underachievement and attention - deficit / hyperactivity disorder : The negative impact of symptom severity on school performance . *Journal of School Psychology, Vol. 40, PP. 259 - 283* .

39- Biederman, J. ; Faraone, S. V. ; Spencer, T. ; Monuteauz, M. C. ; Plunkett, E. A., & Gifford, J. (2003) . Growth deficits and attention - deficit / hyperactivity revisited : Impact of gender development and treatment . *Pediatrics, Vol. 111, PP. 1010 - 1017* .

40- Biederman, J. ; Faraone, S. ; Milberger, S. ; Curtis, S. ; Chen, L. ; Marrs, A., et al. (1996) . Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence : Results from a four - year prospective follow - up study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, PP. 343 - 351* .

41- Biederman, J. ; Wozniak, J. ; Kiely, K. ; Ablon, S. ; Faraone, S. ; Mick, E. et al. (1995) . CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured -interview - derived diagnosis of mania from those with ADHD . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, PP. 464 - 471* **.**

42- Biederman, J. ; Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992) . Comorbidity of diagnosis in attention - deficit hyperactivity disorder . In G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* **:** *Attention - deficit hyperactivity disorder* (*pp. 335 - 360*) **.** Philadelphia : Saunders .

43- Biederman, J. ; Faraone, S. V., Keenan, K., & Tsuang, M. T. (1991) . Evidence of a familial association between attention - deficit disorder and major affective disorders . *Archives of General Psychiatry, Vol. 48, PP. 633 - 642* **.**

44- Biederman, J. ; Munir, K. ; Knee, D. ; Armentano, M. ; Autor, S. ; Waternaux, C., & Tsuang, M. (1987) . High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorders and in their relatives : A controlled family study . *American Journal of Psychiatry, Vol. 144, PP. 330 - 333* **.**

45- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002) . Patterns of friendship among girls with and without attention - deficit / hyperactivity disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, PP. 625 - 640* **.**

46- Brown, T. (1998) . *Brown attention- deficit disorder scales* . Austin, Texas : PRO-ED, Inc.

47- Burke, M. D. ; Hagan - Burke, S., & Sugai, G. (2003) . The efficacy of function - based interventions for

student with learning disabilities who exhibit escape maintained problem behaviors : Preliminary results from a single case experiment . *Learning Disability Quarterly, Vol. 26, PP. 15 - 25* .

48- Burns, G. L., & Walsh, J. A. (2003) . The influence of ADHD - hyperactivity / impulsively symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, PP. 245 - 257* .

49- Carlson, C. L, & Mann, M. (2002) . Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 31, PP. 123 - 130* .

50- Carney, J. K. (2002) . Self and interactive regulation : Treating patient with ADHD . *Psychoanalytic Inquiry, Vol. 22, PP. 355 - 372* .

51- Clarke, A. R. ; Barry, R. J., & McCarthy, R.. (2002) . EEG analysis of children with attention - deficit hyperactivity disorder and comorbid reading disabilities . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 35, PP. 276 - 285* .

52- Cuvelier, M. (2002) . Attention - deficit disorder, sleep and substance abuse . *Psychology Today, Vol. 35, PP. 26 - 28* .

53- Deutsch, K. (1987) . *Genetic factors in attention - deficit disorders* . Paper presented at the symposium on disorders of brain, development, and cognition, Boston, MA .

54- Duhaney, L. M. G. (2003) . A practical approach to managing the behaviors of students with ADD .

Intervention in School and Clinic, Vol. 38, PP. 267 - 279 **.**

55- DuPaul, G. J. ; Power, T. J. ; Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1999) . *The ADHD rating scale - IV* **:** *Checklists, norms, and clinical interpretation* **.** New York : The Guilford Press .

56- Edelbrock, C. E. (1995) . A twin study of competence and problem behaviors of childhood and early adolescence . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 36, PP. 775 - 785* **.**

57- Edwards, G. ; Barkley, R. A. ; Laneri, M., ; Fletcher, K., & Metevia, L. (2001) . Parent - adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29* (*6*), *PP. 557 - 572* **.**

58- Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. (1994) . Initial sociometric impressions of ADHD and comparison boys : Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, PP. 833 - 842* **.**

59- Ervin, R. A. ; Bankert, C. L., & DuPaul, G. J. (1996) . Treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder . In M. A. Reineke ; F. M. Dattilio & A. F. Freeman (Eds.) , *Cognitive therapy with children and adolescents* : *A casebook for clinical practice* (*pp. 38 - 61*) **.** New York : The Guilford Press .

60- Faraone, S. V. ; Biederman, J. ; Wozniak, J. ; Mundy, E. ; Mennin, D., & O'Donnell, D. (1997) . Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile - onset mania? . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, PP. 1046 - 1055* **.**

61- Field, T. M. ; Quintino, O. ; Hernandez - Reif, M., & Koslovsky, G. (1998) . Adolescents with attention - deficit / hyperactivity disorder benefit from massage therapy. *Adolescence, Vol. 33* (*129*), *PP. 103 - 108* .

62- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997) . *ADHD Symptom checklist-4 manual* . Stony Brook, NY : Checkmate Plus .

63- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1990) . *Managing attention disorders in children* **.** New York : John Wiley & Sons, Inc .

64- Gomez, R., & Condon, M. (1999) . Central auditory processing ability in children with ADHD with and without learning disabilities . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 32* (2)*, PP. 151 - 158* **.**

65- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2000) . *Abnormal psychology : Clinical perspectives on psychological disorders* (*3rd ed.*) . New York : McGraw Hill .

66- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (1997) . *Abnormal psychology : The human experience of psychological disorders* **.** San Diego : Academic Press .

67- Hechtman, L. (1996) . Attention - deficit / hyperactivity disorder . In L. Hechtman (Ed.), *Do they grow out of it ?. Long - term outcomes of childhood disorders* (*P. 17*) . London : American Psychiatric Press .

68- Hinshaw, S. P. (2000) . Attention - deficit hyperactivity disorder : The search for viable treatments . In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy : Cognitive - behavioral procedures* (*pp. 88-128*) **.** New York : The Guilford Press .

69- Hinshaw, S. P. (1994) . *Attention - deficits and hyperactivity in children* . Thousand Oaks, CA : Sage .

70- Hinshaw, S. P. (1987) . On the distinction between attentional deficits hyperactivity and conduct problems / aggression in child psychopathology . *Psychological Bulletin, Vol. 101, PP. 443 - 463* .

71- Hinshaw, S. P. ; Zupan, B. A. ; Simmel, C. ; Nigg, J. T., & Melnick, S. M. (1997) . Peer status in boys with and without attention - deficit hyperactivity disorder : Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs. *Child Development, Vol. 64, PP. 880 - 896* .

72- Hinshaw, S. P. ; Heller, T., & McHale, J. P. (1992) . Covert antisocial behavior in boys with attention - deficit hyperactivity disorder : External validation and effects of methylphenidate . *Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 274 - 281* .

73- Jensen, P. S. ; Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997) . Comorbidity in ADHD : Implications for research, practice, and DSM – IV . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, PP. 1065 – 1079* .

74- Kellner, R. ; Houghton, S., & Douglas, G. (2003) . Peer - related personal experiences of children with attention - deficit hyperactivity disorder with and without comorbid learning disabilities . *International Journal of Disability Development, and Education, Vol. 50, PP. 119 - 137* .

75- Kube, D. A. ; Petersen, M. C., & Palmer, F. B. (2002) . Attention - deficit hyperactivity disorder :

Comorbidity and medication use . *Clinical Pediatrics, Vol. 41, PP. 461 - 470* .

76- Lou, H. C. ; Henriksen, L. ; Bruhn, P. ; Borner, H., & Nielsen, J. B. (1989) . Striatal dysfunction in attention - deficit and hyperkinetic disorder . *Archives of Neurology, Vol. 46, PP. 48 - 52* .

77- Mannuzza, S. ; Klein, R. ; Bessler, A. ; Malloy, P., & LaPadula, M. (1998) . Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up . *American Journal of Psychiatry, Vol. 155, PP. 493 - 498* .

78- Mannuzza, S. ; Klein, R. ; Bessler, A. ; Malloy, P., & LaPadula, M. (1993) . Adult outcome of hyperactive boys : Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status . *Archives of General Psychiatry, Vol. 50, PP. 565 - 576* .

79- McKee, T. E. ; Harvey, E. ; Danforth, J. S. ; Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2004) . The relation between parental coping styles and parent – child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology , Vol. 33 (1) , PP. 158 – 168* .

80- Moyer, P. (2003) . Will or pill?. Kids and parents see ADHD improvement differently . *Psychology Today, Vol. 36* (2)*, P. 18* .

81- Nada - Reja, S. ; Langley, J. D. ; McGee, R. ; Williams, S. M. ; Begg, D. J., & Reeder, A. I. (1997) . In attentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence . *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, Vol. 36, PP. 515 - 522* .

82- Pineda, D. ; Ardila, A. ; Rosselli, M. ; Arias, B. E. ; Henao, G. C. ; Gomex, L. F. et al. (1999) . Prevalence of

attention - deficit hyperactivity disorder symptoms in 4 - to 17 - year old children in the general population . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27, PP. 455 - 462* .

83- Quay, H. C. (1989) . The behavioral reward and inhibition systems in childhood behavior disorder . In L. M. Bloomingdale (Ed.) , *Attention deficit disorder III* : *New research in treatment, psychopharmacology and attention* (*PP. 176 - 186*) . New York : Pergamon .

84- Rapoport, J. L . (1996) . *Neurological research update on attention deficit disorders* . Paper presented at the annual meeting of CH. A. D. D., Chicago, Il.

85- Rapoport, J. L. ; Donnelly, M. ; Zametkin, A., & Carrougher, J. (1986) . Situational hyperactivity : in a U. S. clinical setting . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 27, PP. 639 - 646* .

86- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982) . *Hyperactivity : Current issues, research, and theory* (*2nd ed.*) . New York : Wiley .

87- Sergeant, J. A. (1995). Hyperkinetic disorder revisited . In A. Sergeat (Ed.) *Eunethydis* : *European approaches to hyperkinetic disorder* (*pp. 7 - 17*) . Amsterdam : Author .

88 - Stein, M. A. ; Weiss, R. E. , & Refetoff, S. (1995) . Neurocognitive characteristics of individuals with resistance to thyroid hormone : Comparisons with individuals with attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 16, PP. 406 - 411.*

89- Shelton, T. L. ; Barkley, R. A. ; Crosswait, C. ; Moorehouse, M. ; Fletcher, K. ; Barrett, S. ;

Jenkins, L., & Metevia, L. (2000) . Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior : Two - Year post treatment follow - up . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28* (*3*)*, PP. 253 - 266* .

90- Tannock, R. (1998) . Attention deficit hyperactivity disorder : Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 39, PP. 65 - 99* **.**

91- Taylor, E. ; Chadwick, O. ; Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996) . Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39, PP. 1213 - 1226* **.**

92- van der Krol, R. J. ; Oosterbaan, H. ; Weller, S. D., & Koning, A. E. (1998) . Attention deficit hyperactivity disorder . In P. Graham (Ed), *Cognitive - behaviour therapy for children and families* (*pp. 32 - 44*) **.** Cambridge : University Press .

93- van Lier, P. A. ; Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2003) . Classes of disruptive behavior in a sample of young elementary school children . *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Sllied Disciplines, Vol. 44, PP. 377 - 387* **.**

94- Weiss, G. & Hechtman, L. (1993) . *Hyperactive children grown up (2nd ed.)* **:** *ADHD in children adolescents, and adults* **.** New York : The Guilford Press .

95- Weiss, G., & Hechtman, L. (1986) . *Hyperactive children grown up* **.** New York : The Guilford Press .

96- Wender, P. H. (1995) . *Attention - deficit hyperactivity disorder in adults* . New York : Oxford University Press .

97- Whalen, C. K., & Henker, B. (1992) . The social profile of attention - deficit hyperactivity disorder : Five fundamental facets . *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol. 1, PP. 395 - 410* .

98- Wilens, T. E. ; Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002) . attention deficit hyperactivity disorder across the life span . *Annual Review of Medicine, Vol. 53, PP. 113 - 132* .

99- Wolrich, M. L. ; Hannah, J. N. ; Baumgaertel, A., & Feurer, I. D. (1998) . Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county - wide sample . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 19, PP. 162 - 168* .

100- Young, S. (2001) . Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood . *Practice Nursing, Vol. 12* (*11*)*, PP. 453 - 456* .

101- Young, S., & Toone, B. (2000) . Attention deficit hyperactivity disorder in adults : Clinical issues a report from the first NHS clinic in the UK . *Counselling Psychology Quarterly, Vol. 13* (*3*)*, PP. 313 - 319* .

102- Zametkin, A. J. ; & Rapoport, J. L. (1986) . The pathophysiology of attention deficit disorder with hyperactivity : A review. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advance in clinical child psychology* (*Vol. 9, pp. 177 - 216*) . New York : Plenum .

قائمة تشخيص أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

(كراسة الأسئلة)

دكتور

مجدى محمد الدسوقى

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية النوعية - جامعة المنوفية

الناشر

مكتبة النهضة المصرية

9 شارع عدلى ـــ القاهرة

بيانات أولية :

الاسم: .... الجنس (ذكر / أنثى) .

المدرسة : ....

اسم القائم بعملية التقدير : ....

علاقته بالمفحوص : ....

تاريخ ميلاد المفحوص : ....

تاريخ الإجراء أو التقدير : ....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من العبارات أو السلوكيات التى تصف سلوك الطفل ، والتى يمكن أن تصدر عنه فى أى وقت ، ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات هى : أبداً ، أحياناً ، كثيراً ، دائماً .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة تامة .
- أن تحدد درجة انطباق العبارة على الطفل بوضع علامة (✓) أسف الاختيار الذى ينطبق عليها .
- لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .
- كتابة أية مظاهر سلوكية أخرى يتم ملاحظتها ، ولا توجد ضمن عبارات القائمة وذلك فى المكان المخصص لها فى نهاية القائمة .

وشكراً على تعاونك

أولاً : مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد :

م	السلوك	درجة حدوثه

		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
1	لا ينتبه للتفاصيل ، ويرتكب أخطاء تدل على الإهمال	....	....	....	....
2	ينتبه بصعوبة	....	....	....	....
3	يبدو أنه لا ينصت	....	....	....	....
4	يصعب عليه اتباع التعليمات ، ولا يستكمل الأشياء	....	....	....	....
5	يبدو غير مهتم بتنظيم حاجاته	....	....	....	....
6	يؤجل أداء المهام الصعبة	....	....	....	....
7	يفقد الأشياء بسهولة	....	....	....	....
8	كثير النسيان	....	....	....	....
9	يبدو غير مستقر فى مقعده	....	....	....	....
10	يجد صعوبة فى أن يظل جالساً	....	....	....	....
11	يتشتت ذهنه بسهولة	....	....	....	....
12	يجرى أو يتسلق على الأشياء	....	....	....	....
13	يتحرك باستمرار ، ويتصرف كما لو كان يندفع بمحرك	....	....	....	....
14	صعوبة اللعب بهدوء	....	....	....	....

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
15	يتحدث بإفراط (بطريقة زائدة عن الحد)	....	....	....	....
16	يندفع فى الإجابة على الأسئلة	....	....	....	....
17	يصعب عليه الانتظار حتى يحين دوره	....	....	....	....
18	يقاطع الآخرين أو يتطفل على أنشطتهم	....	....	....	....
19	تنقصه اللباقة ، فيتفوه بأول شيء يطرأ على ذهنه	....	....	....	....

ثانياً : مقياس اضطراب التحدى والمعارضة :

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
20	يتملكه الغضب	....	....	....	....
21	يجادل الآخرين (من الكبار)	....	....	....	....
22	يتحدى أو يرفض ما يأمره به الآخرون .	....	....	....	....
23	يقوم بعمل أشياء عن عمد لمضايقة الآخرين	....	....	....	....

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
24	يلوم الآخرين بالرغم من سوء سلوكه وأخطائه	....	....	....	....
25	حساساً ويتضايق بسهولة من الآخرين ..	....	....	....	....
26	يغضب باستمرار	....	....	....	....
27	ينفس عن غضبه من خلال الإساءة للآخرين	....	....	....	....

ثالثاً : مقياس الصراع بين الرفاق :

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
28	يخطف الأشياء من الأطفال الآخرين	....	....	....	....
29	يُلقى الأشياء على الأطفال الآخرين	....	....	....	....
30	يهشم أو يدمر الأشياء	....	....	....	....
31	يقوم بعمل إيحاءات أو إشارات تهديدية للأطفال الآخرين	....	....	....	....
32	يضايق الأطفال الآخرين لحثهم على الدخول معه فى صراع	....	....	....	....
33	يتلف ممتلكات الأطفال الآخرين	....	....	....	....

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
34	يضرب أو يدفع أو يعرقل الأطفال الآخرين	....	....	....	....
35	يهدد الآخرين بإلحاق الأذى بهم	....	....	....	....
36	يدخل فى مشاجرات بدنية مع الأطفال الآخرين	....	....	....	....
37	يضايق أو يستثير الأطفال الآخرين	....	....	....	....

رابعاً : مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة :

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
38	يغضب بسرعة	....	....	....	....
39	يبدو مبتهجاً أو سعيداً على غير العادة ...	....	....	....	....
40	يبدو حزيناً وباكياً أو غير سعيد	....	....	....	....
41	يبدو قلقاً من أى تصرف	....	....	....	....
42	نظراته شاردة ولا معنى لها	....	....	....	....
43	يتصرف بهدوء زائد	....	....	....	....
44	يظهر عليه الكسل والدوار	....	....	....	....

م	السلوك	درجة حدوثه			
		أبداً	أحياناً	كثيراً	دائماً
45	ينطوى على نفسه ولا يهتم بالتعامل مع الآخرين	....	....	....	....
46	يجد صعوبة فى النوم (الوالدين)	....	....	....	....
47	شهيته منخفضة (الوالدين)	....	....	....	....
48	يشكو من الصداع ، والدوخة ، واضطراب المعدة ...الخ	....	....	....	....
49	تظهر عليه اضطرابات عصبية وحركية كقضم الأظافر ، وحركات الذراعين والأرجل	....	....	....	....
50	يبدو ثرثاراً بدرجة غير عادية	....	....	....	....

ملحق (1)
مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

بيانات أولية :

الاسم : .... الجنس (ذكر / أنثى) .

المدرسة : ....

اسم القائم بعملية التقدير : ....

علاقته بالمفحوص : ....

تاريخ الإجراء أو التقدير : ....

تاريخ ميلاد المفحوص : ....

تعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات أو السلوكيات التى تصف سلوك الطفل ، من فضلك وضح أى من هذه السلوكيات يمثل مشكلة لهذا الطفل .

المرجو منك :

- قراءة هذه العبارات بدقة تامة .
- وضع دائرة أو علامة على صفر إذا كان المفحوص نادراً ما يظهر هذا السلوك ، أو إذا لم يكن لديك الفرصة لملاحظة هذا السلوك .
- وضع دائرة أو علامة على رقم 1 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك بدرجة متوسطة ، ويمثل هذا السلوك مشكلة بين الحين والآخر لهذا الطفل ، ويعوق أو يضعف الأداء الوظيفى له .
- وضع دائرة أو علامة على رقم 2 إذا كان المفحوص يظهر هذا السلوك بطريقة متكررة ، ويمثل هذا السلوك مشكلة حادة أو كبيرة لهذا ال طفل ، ويعوق الأداء الوظيفى له .
- لا تضع أكثر من دائرة أو علامة أمام عبارة واحدة .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .

وشكراً على تعاونك

أولاً : **المقياس الفرعى للنشاط الزائد :**

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
1	يتحرك باستمرار	صفر	**1**	2
2	يتحدث بصوت عالٍ دون مراعاة النظام	صفر	1	2
3	يجرى ويقفز داخل الصف	صفر	1	2
4	يتسلق الحوائط والأشجار	صفر	1	2
5	يتلوى ويتململ فى مقعده	صفر	1	2
6	يخطف الأشياء من زملائه	صفر	1	2
7	يسهل استثارته	صفر	1	2
8	يبدو ثرثاراً بدرجة غير عادية	صفر	1	2
9	يصعب عليه الجلوس ساكناً فى مقعده لمدة قصيرة	صفر	1	2
10	يسئ استخدام الأشياء	صفر	1	2
11	يصعب عليه اللعب بهدوء	صفر	1	2
12	يبدو قلقاً ومضطرباً.......................	صفر	1	2
13	يبدو متقلب المزاج	صفر	1	2

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
14	يبدو ضيق الصدر ولا يحتمل الآخرين	صفر	1	2
15	يضرب ويدفع الأطفال الآخرين (كثير الشغب)	صفر	1	2
16	يخرج على النظام	صفر	1	2
17	لا ينفذ التعليمات والأوامر	صفر	1	2

ثانياً : المقياس الفرعى للاندفاعية :

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
18	يندفع فى الإجابة على الأسئلة	صفر	1	2
19	يتفاعل مع الأمور سريعاً دون تفكير ..	صفر	1	2
20	ينتقل من نشاط إلى آخر دون الانتهاء منه	صفر	1	2
21	غير صبور	صفر	1	2
22	يصعب عليه الانتظار حتى يأتى دوره	صفر	1	2
23	يبدو متسرعاً فى إجاباته	صفر	1	2

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
24	يبدو مندفعاً فى الكلام والأفعال	صفر	1	2
25	يقاطع الآخرين أثناء المحادثات	صفر	1	2
26	يتطفل على الآخرين	صفر	1	2
27	لا ينتظر لحين صدور التعليمات	صفر	**1**	2
28	يفشل فى اتباع قواعد اللعب	صفر	**1**	2

ثالثاً : المقياس الفرعى لنقص الانتباه :

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
29	تركيزهضعيف	صفر	**1**	2
30	يصعب عليه استكمال المهام	صفر	**1**	2
31	غير منظم	صفر	**1**	2
32	كثير النسيان	صفر	**1**	2
33	لا ينتبه إلى التفاصيل	صفر	**1**	2
34	يبدو شارد الذهن	صفر	**1**	2
35	مدى انتباهه قصير	صفر	**1**	2

م	السلوك الملاحظ	هذا السلوك		
		لا يحدث	يتكرر بدرجة متوسطة	يتكرر كثيراً
36	يرتكب أخطاء تدل على عدم الانتباه ..	صفر	**1**	2
37	يصعب عليه اتباع التعليمات	صفر	**1**	2
38	يتشتت ذهنه بسهولة	صفر	1	2
39	يصعب عليه الانتباه لمدة طويلة	صفر	1	2
40	يصعب عليه إكمال المهمة	صفر	1	2
41	يتجنب عمل الأشياء التى تحتاج إلى تركيز عقلى مستمر	صفر	1	2
42	يفقد أدواته بسهولة	صفر	1	2
43	يصعب عليه البدء فى تنفيذ الأعمال والواجبات	صفر	1	2
44	يرتكب أخطاء تدل على الإهمال	صفر	1	2